

die bauchpresse

Unabhängige Studierendenzeitung der MUL   Ausgabe Nr. 12 - Januar 1999

endlich: **Internet-Zugang**

aktuell: **LN verleumden Studierende!**

alternative Lernformen

Medizinstudium. Quo vaditis?

Alternative: Ausland

Impressum



Redaktion:

Peter Ardelt (pa)
Bernd Becker
Matthias Finell (mf)
Clemens Flamm (cf)
Moritz Gerhardt (mg), V.i.S.d.P.
Roman Koch (rk)
Wiebke Twesten (wt)

Zeichnungen:

Daniel Lüdeling, cf

Titelbild:



Autoren:

Olga Arbach, Otmar Bauer, Marc Birnbaum, Julia Buddecke, Mirjam Eikmeier, Frank Fuchs, Jens-Ulrich Ganten alias Jülsch, Michael van Husen, Antje Johannsmeyer, Daniel Krause, Michael Langholz, Amir Madany Mamlouk, Susanne March, Ursula Martin, Angelika Mayer, Nicole Neumaier, Gregor Peter, Martin Petersen, Jasmin Plathof und Kilian Rödder, Jens Schulze, Verena Springfeld, Karl Technau



Layout:
mg, mf, wt, pa, cf

Finanzen:
wt

Werbung:
mf



Dank:

dem AStA für die Benutzung der Räume und Geräte, Andrea Hebinck für die Allround-Hilfe (besonders in emotional brenzligen Situationen), Antje Johannsmeyer fürs Korrekturlesen und die gute Laune, der Gynäkologie für Steffi Börners Gyn-Knast, Gregor Peter für seine Computerhilfe, Bernie für seine superdigitale Kamera, Marc und Olga für die Geduld, Windows fürs Durchhalten, außerdem Jens Schulze, Alex Bauer und Miriam Ohorn.



Redaktions- und Anzeigenanschrift:
Redaktion **die bauchpresse**
Im AStA-Pavillon der MUL, Haus 24
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Telefon: 0451-5003059 Fax: 0451-5004141

Liebe Leserinnen und Leser!

„Von fremden Ländern und Menschen“ berichtet die *bauchpresse* in dieser Ausgabe in ihren Titelthemen. Dabei haben wir uns zweier wichtiger Schwerpunkte angenommen - des Nord-Süd-Gefälles in der Medizin zum einen, und der unterschiedlichen Medizin-Ausbildung in verschiedenen Ländern auf der anderen Seite. So finden sich neben diversen Famulaturberichten und Interviews mit Professoren, die in der „3. Welt“ tätig waren oder sind, auch Vorstellungen von Reformstudiengängen, die durchaus zeigen, daß unser theoretisierendes und technisierendes Medizin-Studium nicht unbedingt dazu angelegt ist, aus uns kompetente Ärztinnen und Ärtze zu machen.

Daneben bieten wir Euch natürlich auch einigen Lesestoff in der Bereichen Kultur, Politik und Uni. Zwei besondere Leckerbissen haben wir außerdem für Euch vorbreitet:

Bei uns erfahrt Ihr, wie Ihr an einen kostenlosen Internet-Zugang kommt und für unsere leidgeprüften Leserinnen und Leser aus der Vorklinik haben wir einen Physikschein organisiert.

Und jetzt viel Spaß beim Lesen der wahrscheinlich dicksten *bauchpresse* aller Zeiten!

Eure *bp*-Redaktion

P.S. Über Zuschriften würden wir uns sehr freuen. Auch neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind herzlich willkommen!

Inhalt

Erscheinungsweise: einmal im Semester.
Auflage: 600 Stück.
Preis: 2 DM
Es gilt die Anzeigenpreisliste vom April 97.
Druck: Hinzke, Lübeck
Redaktionsschluß für die nächste Ausgabe ist der 1.6.99.

Nach Alternativen suchen

Während die Vorkliniker den AStA und die Fachschaft schwerpunktmäßig wegen Klausuren und Skripten in Anspruch nehmen, kommt nach dem Physikum ein völlig neues Interesse dazu: Auslandsaufenthalte.

Famulaturen und PJ in der Schweiz, Canada, Afrika und Südamerika erfreuen sich größter Beliebtheit. Die Möglichkeit zu Auslandssemestern und Forschungsaufenthalten in fremden Ländern werden zunehmend genutzt. Neben Aufenthalten in englischsprachigen Ländern (u. a. zur Sprachverbesserung), sind Famulaturen vor allen Dingen in den Entwicklungsländern gefragt.

Viele von uns haben das Studium einmal mit der Intention begonnen, Menschen helfen zu wollen. Der sozialen Komponente wird im deutschen Medizinstudium wenig Beachtung geschenkt. Die Studierenden finden sich in einer hochtechnisierten Welt der modernen Medizin wieder, wo sie in der Hierarchie ganz unten stehen und keinen Einfluß auf die Maschinerie haben. Es entsteht das Bedürfnis, selbst tätig zu werden, etwas zu ändern, einfach anders zu machen.

In der Famulatur steht uns zum ersten und einzigen Mal die Möglichkeit offen, frei zu wählen, was man sich einmal ansehen und erleben möchte. Nicht zuletzt ist es ja auch das erste Mal, daß man praktisch tätig wird. Die Desillusionierung, die oft folgt, läßt viele Studierende nach Alternativen suchen und das Ausland bietet vielfach attraktivere Bedingungen (Finanzierung, selbständiges Arbeiten, etc.).

In den Ländern der dritten Welt finden sich Gegebenheiten, die völlig anders sind als zum Beispiel in Deutschland: Es herrscht ein Ärztemangel und man wird als Mediziner gebraucht. In den Industrieländern stehen mindestens zehn weitere Studierende hinter uns, die gerne unsere Tätigkeit übernehmen würden. Die Antwort auf die Frage: Warum bin ich Arzt/Ärztin geworden, wenn es doch Mediziner im Überfluß gibt, kann man vielleicht nach einer Tätigkeit in einem Entwicklungsland leichter beantworten. „Dort kann man wirklich helfen." Verständlich also, daß so viele Studierende nach Afrika, Asien oder Lateinamerika streben, um dort im Rahmen einer Famulatur völlig neue Erfahrungen zu sammeln. Durch Arbeitsgruppen wie zum Beispiel den dfa ist der Einstieg in die Organisation leicht gemacht. Ein paar Impfungen und



ein Visum werden meist ohne Probleme beschafft und dann geht es schon los.

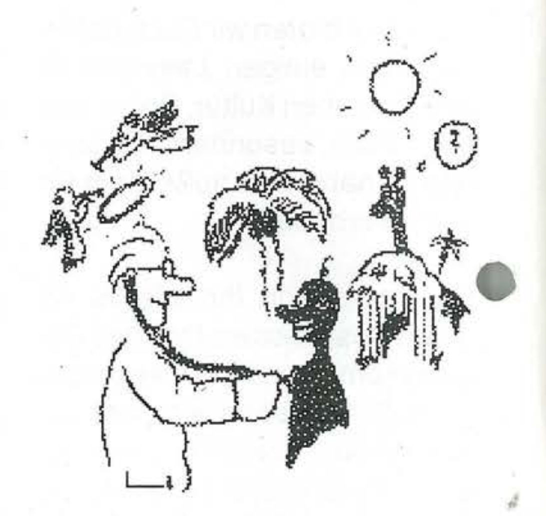
Im Sommersemester wird jedes Jahr eine Tropenmedizinvorlesung angeboten. Blickt man auf die zahlreichen Anwärter auf eine Famulatur in einem Land der dritten Welt, dann ist es erschreckend, daß diese Vorlesung von nur ca. 5-10 Studierenden besucht wird.

Die Fahrt in ein Entwicklungsland ist eine Reise in eine für uns fremde Welt. Man trifft auf andere Kulturen, Sprachen, Mentalitäten und nicht zuletzt auf völlig andere medizinische Probleme. Wer unvorbereitet startet, läuft Gefahr zurückgewiesen, enttäuscht oder überfordert zu werden, unter Umständen hinterläßt man sogar



Schäden. Nicht selten wird in Famulaturberichten mit Begeisterung von medizinischen Handlungen erzählt, wie zum Beispiel einer selbständig durchgeführten Lumbalpunktion bei Neugeborenen, die für den Ausbildungsstand bei uns undenkbar wären. Für dabei gemachte Fehler, die unter Umständen erst nach Beendigung der Famulatur auftreten, haftet dort kein Sozialsystem. Folgeschäden wie zum Beispiel Arbeitsunfähigkeit können dort ganze Familien in den Ruin stürzen.

Außerdem darf man nicht davon ausgehen, mit offenen Armen empfangen zu werden. Vielmehr ist eine kritikfähige und differenzierte Einstellung nötig, die zudem Offenheit für neue, nicht unbedingt immer als positiv empfundene Lebensweisen beinhalten muß. So sinnvoll und reizvoll ein solcher Aufenthalt ist, darf eine vorherige aktive Auseinandersetzung mit der Entwicklungsthematik nicht fehlen.



Wie viele unterschiedliche Aspekte sich bei einer intensiven Beschäftigung auftun, haben auch wir in der *bp*-Redaktion nach vielen Diskussionen erfahren.
Wir haben die Problematik als Titelthema ausgewählt und hoffen, einen Einblick in die Vielschichtigkeit der ärztlichen Tätigkeit in den Entwicklungsländern geben zu können.

die redaktion

Die Herumgekommenen

von Erich Fried

Die Laute der fernen Küsten in ihren Ohren
sind nur Hafengeschrei
und Rasseln von Ankerketten
Schüttern von Zügen
Anfahren schwerer Loren
das Kreischen geschlagener Weiber
und das Röhren
der Schiffssirenen
zur Brunstzeit der christlichen Seefahrt

Und der Geruch fremder Länder in ihren Nasen
ist Schweiß und Staub
und halbverrauchte Gewürze
und Kinderurin in feuchten Quartieren
und Fusel
und Stadtstaub nach Sommerregen
und heiße Mauern am Abend
und Lack und Schmieröl
und billiges Hurenparfum

Und was sie für die Farben der Städte halten
die ihnen Augen machten
ist nur die blinde Farbe
ihrer Armut in allen Städten
und ihr Prahlen
mit ihren weiten Reisen
heißt nur:
wir sind weit herumgekommen
in unserem Unglück.



Bericht einer zweimonatigen Famulatur am „Kilimanjaro Christian Medical Centre", Tanzania

von Kilian Rödder und Jasmin Plathof

Nach der formalen Bewerbung etwa ein Jahr vor Antritt der Famulatur erhielten wir die Zusage, in dem „Kilimanjaro Christian Medical Centre" in Moshi, kurz KCMC, eine zweimonatige Famulatur in den Fächern Chirurgie, Pädiatrie oder Gynäkologie durchführen zu dürfen. Zeitraum waren die Sommersemesterferien 1998. Kilian hatte gerade sein 10. Semester abgeschlossen, und ich zog es vor, mein 1.Staatsexamen zugunsten dieses Abenteuers auf den Frühling zu verschieben. Hauptmotivation dieser Famulatur war neben der medizinischen Tätigkeit auch, einmal einen Einblick in einen uns bisher verschlossenen Kulturkreis zu bekommen. Einmal richtig im Berufsleben ist es sicherlich nicht mehr so einfach möglich, drei Monate in Afrika zu verbringen. Wir wählten daher das englischsprachige Tanzania in Ostafrika und speziell die Kilimanjaro-Region als landschaftlich sehr reizvollen und interessanten Ort aus. In Kilians Semester wußten wir sogar jemanden, der ein Jahr zuvor eben in jenem KCMC- Hospital gearbeitet hatte. Nach einigen Dias, auch von der phantastischen Umgebung (Serengeti-Nationalpark, Kilimanjaro, Mt. Meru, etc.) stand der Entschluß bald fest, in Tanzania zu famulieren.



Von dem für ausländische Studenten verantwortlichen Dr. Swai erfuhren wir, daß eine einmalige Registrierungsgegühr von 150 US$ erhoben wird. Um den Flug kümmerten wir uns gerade noch rechtzeitig, etwa fünf Monate vorher, und auch um die anderen Formalitäten wie Visum bei der Botschaft in Bonn beantragen und notwendige Impfungen durchführen (Gelbfieber, Thyphus, Cholera, Meningitis A+C, Hepatitis A+B sowie Malariaprophylaxe) oder guten Schlafsack kaufen, sollte man sich früh genug kümmern. Wir besuchten zur Vorbereitung auf unseren Aufenthalt in einem klassischen 3.Welt-Land eine Tropenmedizin-Vorlesung, die sehr empfehlenswert ist und fast jedes Semester angeboten wird. Für umfangreiche Beratung und vergünstigte Impfungen ist übrigens die der MUL angehörige Impfsprechstunde der Immunologie eine besonders gute Adresse. Man sollte auch unbedingt versuchen, die in der Summe doch recht anständigen Kosten für diverse Impfungen von der Krankenkasse wiederzubekommen.

Der deutsche Famulantenaustausch (DFA) in Bonn gewährte noch einen großzügigen Fahrtkostenzuschuß, so daß unser Budget auch für den teureren Flug direkt zum Kilimanjaro-International-Airport anstelle der billigeren Anreise über Nairobi/Kenia ausreichte.

Das für Tanzania sehr große und bekannte Krankenhaus KCMC liegt etwas außerhalb der Stadt Moshi, die leider nicht soviel bietet und sehr dreckig ist, nach europäischen Maßstäben gesehen aber mit seinen ca. 120000 Einwohnern schon ansehnlich groß ist. Mit einem Kleinbus (Matatu oder Dalla-Dalla in Suaheli) für 100 Tanzanische Schillinge (ca. 30 Pf.) konnte man aber schnell und relativ bequem (manchmal 27 Fahrgäste - anstatt der 12 vorgesehenen - plus Hühner) vom Krankenhaus in die Stadt pendeln. Erbaut wurde es 1971, mit Hilfe der protestantischen Kirche, es hat mittlerweile 420 Betten, und alle wichtigen Abteilungen sind vertreten. Neben den gewöhnlichen wie Chirurgie, Innere, Gynäkologie oder Pädiatrie verfügt es über eine große Orthopädische Klinik mit angegliederter Orthopädie-Technik-Abteilung, eine Augen-, HNO- und Derma-Klinik und auch eine Pathologie. Die beiden letztgenannten übrigens geleitet von einem deutschen Arzt bzw. einer deutschen Ärztin. Mittlerweile ist es auch Hauptkrankenhaus der ansässigen Tumaini-Universität, weshalb sogar einige deutsche PJ-ler dort ein Tertial ableisteten.

Für uns war es das erste Mal, überhaupt ein Land der 3.Welt zu besuchen. Daher hatten wir anfangs schon Schwierigkeiten, uns an all die Armut und einfachsten Verhältnisse im Krankenhaus und in der Stadt zu gewöhnen. Hinzu kam, daß wir erwartet hatten, die einzigen ausländischen Famulanten zu sein. Dementsprechend groß war die Überraschung (und auch der Schock), am ersten Tag gleich zwei Kommilitonen aus Leipzig im Sekretariat von Dr. Swai und anschließend zwei Engländerinnen und einen Dänen auf unserer Kinderheilkundestation kennenzulernen, die wie wir dort für vier Wochen eingeteilt waren. Es sollte aber noch schlimmer kommen, denn nach den vier Wochen hatten wir gehofft, wie geplant in die Chirurgie zu wechseln, wo wir bei Ankunft aufgrund mangelnder Kapazität und zu vielen Studenten nicht landen konnten, aber zu diesem Zeitpunkt arbeiteten dort vier deutsche PJ-ler und noch vier weitere deutsche Studenten. Diese Scharen von „foreign medical students" hatten wir wirklich nicht erwartet! Bei größeren Operationen konnte der Vorlauteste assistieren, drei schauten zu, die Verhältnisse waren ähnlich, vielleicht schlimmer als in einem deutschen Unikrankenhaus. Ähnlich waren die Verhältnisse in der Gynäkologie. Zwischenzeitlich waren wir über 20 deutsche Studenten, hinzu kamen noch ein paar Skandinavier, Engländer und Amerikaner. Sicherlich kamen einem dabei Gedanken, daß doch das Krankenhaus mit Absicht so viele Studenten zuläßt, um seinen Etat mit harten Dollars aufzubessern (Registrierungsgebühr), andererseits hatte diese internationale Studentenflut ja auch gute Seiten. Man lernte nette Leute



kennen und konnte viel zusammen unternehmen, da wir auch fast alle in einem Wohnheim auf dem Campus untergebracht waren. Die Unterkünfte waren wirklich für die sonstigen Verhältnisse sehr gut und fast vergleichbar mit deutschen Wohnheimen. Für ein geräumiges Doppelzimmer bezahlten wir 100 US$ pro Monat, warme Duschen inklusive (aber nur bei gutem Wetter).

Das tansanische Essen war am Anfang sehr gewöhnungsbedürftig, da alles sehr fettig gebraten wird und zudem das Angebot ziemlich einseitig ist. Mittags aßen wir meistens in der krankenhauseigenen Kantine das Standardgericht Reis mit Fleisch, und abends nutzten wir oft die Gemeinschaftsküche im Wohnheim zum gemeinsamen Kochen mit den anderen Studenten. Einmal pro Woche fuhren wir zum Markt und deckten uns mit Obst und Gemüse ein. In Moshi gab es sogar zwei Supermärkte, die importierte Produkte wie Nudeln, Margarine und Roggenbrot aus Europa zu entsprechend teuren Preisen verkauften, was unserem Speiseplan dann doch einigermaßen Abwechslung verschaffte. Ansonsten bot die Stadt überhaupt nichts, und aus diesem Grund - und auch weil man sich nach Anbruch der Dunkelheit besser nicht mehr dort aufhalten sollte - kam es, daß wir abends meist im Wohnheim blieben oder in eine nette Bar direkt neben dem Krankenhaus gingen.

Die ersten vier Wochen verbrachten wir wie schon gesagt in der Pädiatrie. Dort beschränkte sich unsere Tätigkeit in erster Linie auf Zuschauen, Mitlaufen bei den immer sehr interessanten und langdauernden (2-3 Stunden) Visiten und Helfen bei Blutentnahmen und Lumbalpunktionen. Dies war auch völlig in Ordnung, wir fühlten uns nicht überfordert und konnten uns allmählich mit den Krankheitsbildern (90 % Malaria) und vor allem dem afrikanischen „medical english“, welches doch sehr gewöhnungsbedürftig ist, vertraut machen. Mit den meisten Patienten war übrigens keine Verständigung möglich und hätte einen „Kishuaheli“-Kurs vorausgesetzt, der für längere Aufenthalte bestimmt eine lohnende Sache wäre. Die Ärzte und das Pflegepersonal sprachen immer in einer bunten Mischung, je nachdem, ob man es verstehen sollte oder nicht (was manchmal ein wenig nervig war). Eine schöne Beschäftigung war auch das morgendliche Neugeborenen-Screening, bei dem die Babies der vergangenen Nacht untersucht wurden.

Danach wechselten wir in die Anästhesie, was eigentlich nur eine Ausweichmöglichkeit sein sollte, da sich in der Chirurgie einfach zu viele ausländische Studenten tummelten. Im Nachhinein stellte sich diese Entscheidung jedoch als sehr gut heraus! Der Chefarzt dort war sehr engagiert, uns beiden sowie seinen Schülern etwas beizubringen. Wir verstanden uns sehr gut mit ihm, was sich auch außerhalb des Krankenhauses in wöchentlichen Verabredungen zum Essen niederschlug. Die Erfahrungen im OP waren überaus interessant, jedoch auch anfangs schockierend. Das große Hospital verfügte über nur eine einzige funktionierende Beatmungsmaschine, die sich aber nicht im OP befand. Dort wurde mit einer Art Ambubeutel manuell beatmet. Ein EKG-Gerät wurde ersetzt durch das Aufkleben eines Stethoskops mit Tesafilm auf die Brustwand, über dieses wurde dann während der gesamten Operation das Herz überwacht. Es wurde auch noch Äther als wichtigstes Narkosemittel verwendet. Da es keinen Aufwachraum gab, mußten die Patienten schon auf dem OP-Tisch wachwerden und das Zunähen oft bei klarem Verstand über sich ergehen lassen. All diese Eindrücke schlugen dann nach einiger Zeit in Bewunderung für und Faszination über den Einfallsreichtum der Ärzte um, obwohl diese selbst oft gefrustet waren, wie sehr ihnen die Hände gebunden waren, da viele von ihnen auch eine Zeit in Europa oder Amerika gearbeitet hatten und auch die „moderne“ Medizin kennengelernt haben. Hier in dieser Abteilung durften wir sehr viel praktische Dinge ausüben, wie z.B.Intubieren und sogar Spinalnarkosen durchführen. Es war aber immer ein Arzt dabei und hat mitgeholfen, wenn es nötig war.

Eine besondere Erfahrung bot sich, nachdem uns der Chefarzt eines Tages fragte, ob wir nicht Lust hätten, für seine Schüler Vorlesungen zu halten. Diese kamen aus ganz Afrika zu einer einjährigen Ausbildung in Anästhesie ans KCMC (teilweise ohne jegliche medizinische Vorerfahrung!), wo sie theoretisch und praktisch unterrichtet wurden, um danach an kleine "Buschkrankenhäuser" in ihrer Heimat zurückgehen und dort die Narkosen durchzuführen. Dieser Unterricht wurde von meist schon pensionierten Professoren aus den USA gehalten, und zwar jeden Monat von einem anderen.



Zu unserer Zeit war gerade die Situation, daß die Frau, die an der Reihe war, nach wenigen Tagen wieder nach Amerika zurückgeflogen und somit für diesen Monat kein Lehrer anwesend war. Also übernahmen Kilian und ich diese tolle Aufgabe und hielten jeden Morgen eine kleine Vorlesung über Anatomie, Physiologie und Pharmakologie, die von den Schülern mit viel Dankbarkeit aufgenommen wurde und auch uns riesigen Spaß bereitet hat.

Fazit: Die zweimonatige Famulatur hat uns in vielerlei Hinsichten den persönlichen Horizont erweitert. Nach anfänglichen Schwierigkeiten und nach Überwinden des "Kulturschocks" hat es uns sehr gut gefallen, einmal eine völlig andere Medizin miterleben zu dürfen. Einerseits war es natür-

len, einmal eine völlig andere Medizin miterleben zu dürfen. Einerseits war es natürlich oft schlimm, mitzuerleben, wie gerade Kinder dank fehlender Medikamente an Krankheiten sterben müssen, die bei uns leicht zu behandeln gewesen wären. Dann war es auch nicht leicht zu verstehen, daß ein Menschenleben längst nicht soviel wert ist wie bei uns, da dort bei 8-10 Kindern pro Familie eins mehr oder weniger nicht so wichtig ist. Andererseits war es eine tolle Erfahrung, mit wie wenig apparativer Technik trotzdem irgendwie Medizin betrieben werden kann und die Menschen auch wieder gesund werden.



Wer gerne einmal einen Einblick in diese Art der Medizin gewinnen möchte - was man jedem nur empfehlen kann - wird sich am KCMC sicherlich gut aufgehoben fühlen. Man sollte jedoch eine Dauer von mindestens 6-8 Wochen für eine Famulatur wählen, weil es schon eine Zeit dauert, bis man sich zurechtgefunden hat. Allerdings sollten diejenigen, die lieber so richtig "im Busch" arbeiten möchten und es vorziehen, nicht mit einigen anderen ausländischen Studenten zusammen zu sein, besser nicht ins KCMC gehen. Es gibt aber auch noch einige kleinere Krankenhäuser rund um den Kilimanjaro, die als Alternative zu nennen wären, wie z.B. in Marangu, Kibosho oder Machame.

Natürlich sollte man, wenn man schon mal in solch einer landschaftlich phantastischen Gegend ist, auch noch Zeit (und v.a. eine ganze Menge Geld) mitbringen für eine Safari und Kilimanjaro-Besteigung (Machame-Route ist besonders schön!). Diese Aktivitäten lassen sich übrigens auch während der Famulatur sehr gut durchführen, denn es ist überhaupt kein Problem, zwischendurch ein paar Tage freizunehmen. Auch ein Besuch der Insel Sansibar ist wärmstens zu empfehlen.

Also, auf nach Tanzania!!

Bewerbungen an:

Kilimanjaro Christian Medical Centre
Dr. Mark Swai (Deputy Director)
P.O. Box 3010
Moshi
Tanzania
Tel.: 00255-55-54377/83
Fax.: 00255-55-54381
E-Mail: jhunter@maf.org



"Man sieht Dinge mit anderen Augen."

Prof. Dr. Wilfried Schmeller war bis Januar diesen Jahres leitender Oberarzt in der Klinik für Dermatologie der MUL. Während seiner gesamten medizinischen Laufbahn war er in der Entwicklungshilfe in Afrika tätig. Bis heute ist er in einem dermatologischen Projekt für kenianische Kinder engagiert, das er selbst ins Leben gerufen hat. In der Tropenmedizinvorlesung und in zahlreichen Veranstaltungen hat er sich sehr differenziert und kritisch zu der ärztlichen Tätigkeit in Entwicklungsländern geäußert. Kurz vor seinem Auszug, inmitten von Kartons, hat er trotzdem noch die Zeit gefunden, sich mit uns über die Thematik zu unterhalten.



Herr Professor Schmeller, in welcher Form haben Sie von Ihrem Aufenthalt in Kenia profitiert?

Sehr viel Befriedigung, zusätzlich natürlich eine Menge Erfahrung mit schweren Erkrankungen, die in dieser Form hier einfach nicht mehr zu finden sind, die vielleicht vor hundert Jahren in dieser Form hier in Deutschland noch existiert haben.

> "Ich halte es für enorm sinnvoll, daß Medizinstudierende, etwa in der Mitte des klinischen Studiums, in ein Entwicklungsland gehen."

Die Konfrontation mit Armut, mit Elend, mit einer völlig insuffizienten medizinischen Versorgung, mit der die Menschen dort leben müssen.

Sehr viel Dankbarkeit, wie man sie in Deutschland als Arzt kaum noch bekommt, weil hier die Leistung gefordert wird. Man hat ja schließlich in die Kasse bezahlt, und dann hat der Arzt gefälligst was zu leisten. Und wehe, wenn er das nicht gut macht. Dort ist es genau umgekehrt: Dort sind die Leute so glücklich, daß sie überhaupt einen Arzt haben, der sich um sie kümmert, daß diese Dankbarkeit wirklich grenzenlos ist.

Das sind, wie ich glaube, auch die wichtigen Faktoren, die alle meine Kollegen benennen: Wir lernen dort, daß die Welt eben nicht nur aus der nördlichen Halbkugel besteht, wo die Leute fast alles haben, oder von den meisten Dingen sogar zu viel haben, wo alle Basisbedürfnisse erfüllt sind. Jeder, selbst wenn er arbeitslos ist, hat eine Wohnung, hat einen Fernseher, hat sauberes Wasser, hat eine medizinische Versorgung - das alles ist dort nicht vorhanden. Einfach einmal zu lernen, daß mehr als die Hälfte der Menschheit eben ganz anders leben muß, das ist sicherlich eine ganz wesentliche Erfahrung, die auch nachhaltig prägt.

Würden Sie sagen, Sie haben so, wie Sie es sich vorgestellt hatten, helfen können?

Man darf vielleicht nicht mit zu vielen festen Vorstellungen dort hingehen. Ich glaube, das ist ein Fehler, den viele machen. Man muß sehr offen dort hingehen, sehen was Sache ist. Wie leben die Menschen, wie ist die Situation? Sie können hier natürlich auch immer nur begrenzt etwas tun. Sie können ja auch nur zehn Stunden am Tag arbeiten, und nach bestem Wissen und Gewissen, mit den Möglichkeiten, die vorhanden sind, versuchen zu helfen. Und genau das machen Sie dort auch. Sie helfen natürlich auf einem anderen Niveau, auf einem viel existentielleren Level.

Sind Sie der Meinung, diesem Beispiel sollten mehr Ärzte aus unseren Breiten nacheifern?

Ich persönlich glaube, daß die meisten Menschen in Europa keinerlei Vorstellung davon haben, wie ein großer Teil der Menschheit lebt - ich will nicht sagen: existiert. Das können wir uns kaum vorstellen. Und ich glaube, es wäre für jeden Menschen eine sinnvolle Sache, einmal zu sehen, wie man eigentlich lebt in Nairobi, in Daressalam, in Nigeria, im Tschad, in Tansania oder in Uganda.

Das ist heilsam, weil es lehrt, über das eigene Dasein nachzudenken. Wir haben ja sehr viele unzufriedene Leute hier in Deutschland, jeder will immer mehr, jeder meint, er komme zu kurz. Ich glaube, es wäre wichtig, daß die Leute begreifen, was für unglaubliche paradiesische Zustände wir hier haben.

Sie haben gesagt, Ihre Arbeit hier wurde durch diese Erfahrung verändert. Ist diese Veränderung primär ein stärkeres In-Sich-Ruhen, eine größere Gelassenheit?

Nein: Man sieht Dinge mit anderen Augen. Denn vieles, was hier als Problem angesehen wird, als schwere Erkrankung, als nicht tragbare Entstellung, ist letztlich eine Bagatelle, wenn man es global sieht. Vieles wird nur in unserer Gesellschaft als Problem empfunden.

Eine viel diskutierte Frage ist ja, ob man in einem Entwicklungsland über das Verändern von Einzelschicksalen hinaus suffiziente Hilfe leisten kann. Kann man Veränderungen bewirken, so daß sich die gesundheitliche Situation auf Dauer bessert?

> "Zu lernen, daß mehr als die Hälfte der Menschheit ganz anders leben muß, ist eine wesentliche Erfahrung."

Das ist ein sehr hoher Anspruch. Den haben Sie hier auch nicht! Wenn Sie hier als Arzt tätig sind, ist es auch nur das Schicksal einzelner Leute, das Sie beeinflussen können. Sie beeinflussen auch nicht das Gesundheitssystem oder die ökonomischen Probleme in unserem Gesundheitssystem. Sie haben am Tag zwischen fünfzig und hundert Patienten - und die betreuen Sie. Das ist unsere ärztliche Tätigkeit. Wer in ein Entwicklungsland geht, und meint, er müsse das System ändern und den Leuten ein besseres Leben ermöglichen, der ist Idealist, kein Realist.

Natürlich ist das Ziel, wenn man die Situation vor Ort anhand der Einzelschicksale kennengelernt hat, möglichst - soweit das in einer anderen Gesellschaft, einer anderen Kultur, einem anderen Land möglich ist - Bedingungen zu schaffen, die dann eine Verbesserung bewirken. Man kann Selbsthilfeprojekte initiieren oder ähnliches.

"In einem Land der "dritten Welt" kann man ganz anders Hilfe leisten als hier."

Aber das ist erst die zweite Stufe. Das Elend der Welt kann keiner beseitigen. Das ist eine Illusion. Und es ist vielleicht auch nicht primär ärztliche Arbeit. Das wäre vielmehr eine soziale oder politische Arbeit, mit der man natürlich sehr schnell konfrontiert wird.

Würden Sie sagen, es sei sinnvoll, daß schon Medizinstudierende diese Erfahrungen in Entwicklungsländern sammeln?

Ja, für die richtige Zeit - so war es jedenfalls bei mir - halte ich die Mitte des klinischen Studiums. Da ist es eine ganz wichtige Erfahrung. Als ich selbst etwa in der Mitte der klinischen Semester war, habe ich in Südafrika als Student gearbeitet. Zuerst in einem Goldminenhospital und dann in einem Homeland. Damals gab es ja noch die Apartheid, und es war erschreckend, diese Gegensätze zu sehen zwischen extrem reich und unglaublich arm. Das war eine ganz wichtige Erfahrung.

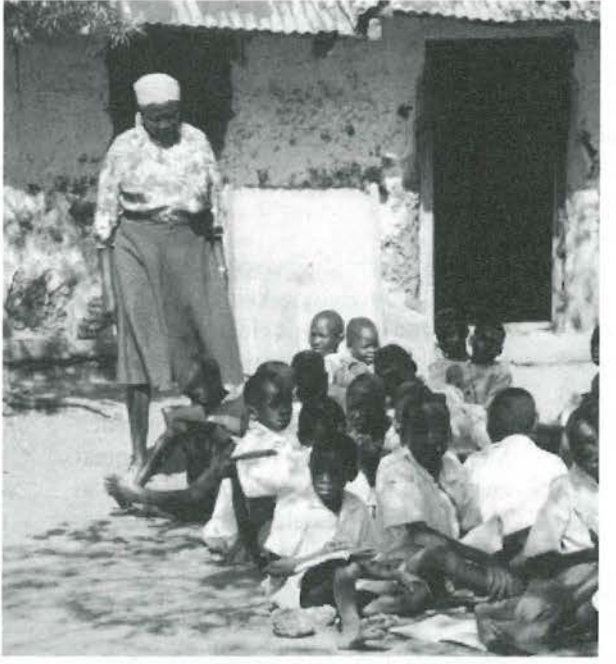
Und diese Erfahrung hat sie angespornt, weiterhin auf diesem Feld tätig zu sein?

Nun ja, es ist mein Hobby! Andere Leute fotografieren oder gehen ins Kino oder machen Musik. Genauso ist dies mein Hobby. Ich habe mich immer mit Afrika beschäftigt. Und da will ich auch kein hehres Ideal daraus machen oder mich als besser als andere Menschen darstellen. Ich finde es hochinteressant, und ich finde es sinnvoll. Und es macht mir wahnsinnig viel Spaß. Deshalb mache ich das - nicht aus primär christlichen oder politischen Gründen, und nicht, weil ich so ein guter Mensch bin.

Aber es ist für mich immer besonders wichtig gewesen, in meinem Beruf wirklich Hilfe zu leisten. Das können sie in einem Land der "dritten Welt" ganz anders als hier. Das ist das, was Spaß macht.

Ein häufig erhobener Vorwurf ist, daß Medizinstudierende vor allem deshalb in Entwicklungsländer gehen, weil sie dort eine höhere Kompetenz zugesprochen bekommen, als sie ihrem Ausbildungsstand nach eigentlich haben: Ein Aufenthalt im Entwicklungsland, um ein bißchen experimentieren, ein bißchen ausprobieren zu können.

Also diesen Vorwurf habe ich nie begriffen. Natürlich: Wenn Sie in einem Krankenhaus sind, in dem es gerade einmal zwei Ärzte gibt, einige "clinical officers" und dann Sie als Student - natürlich wird man dann zu Aufgaben eingeteilt, die hier nur Ärzte übernehmen. Aber das heißt ja nicht, daß man stümperhaft arbeitet oder Mißbrauch treibt. Man ist mit der Ausbildung, die man bis dahin hat, einfach so qualifiziert im Vergleich zu den anderen, daß man einfach mit herangeholt wird - in die Verantwortung. Das muß man machen. Es geht nicht darum, daß man sagt: Au ja, dann kann ich auch mal die Hornhaut nähen mit einem 8/0er Faden. Dafür geht doch keiner in die "dritte Welt". Das ist doch Quatsch. Die Situation ist einfach die, daß Sie da sind - und dann kommen die Leute. Und wenn Sie ihnen nicht im Rahmen Ihrer Möglichkeiten helfen, dann sterben sie, oder es geht ihnen zumindest sehr viel schlechter. Die Verantwortung, die Sie dort haben, ist natürlich wesentlich größer.



Und Sie halten es schon für Medizinstudierende für sinnvoll?

Ich halte es für enorm sinnvoll. Als Student lernen Sie die Situation erst einmal kennen. Da darf man keine zu hohen Erwartungen haben, aber es ist eine wichtige persönliche und politische und medizinische Erfahrung. Es ist eine Bereicherung des Lebens. Sie können alles mißbrauchen. Sie können auch hier das Medizinstudium mißbrauchen. Es hängt ja immer davon ab, was jeder aus seinem Leben und aus der Situation, in der er ist, macht. Wenn Sie in eine Gegend kommen, wo extreme Armut herrscht, wo schwerste Krankheiten herrschen, und Sie sind einer der ganz wenigen, die ein paar Kenntnisse haben und helfen können - dann helfen Sie natürlich. Sicher machen Sie dort mehr als hier. Aber auch dort sehen Sie zuerst zu, machen es dann unter Aufsicht, und erst dann alleine. Wenn Sie es nicht machen, macht es keiner!

"Es ist eine wichtige persönliche, politische und medizinische Erfahrung. Es ist eine Bereicherung des Lebens."

Das Gespräch führte Moritz Gerhardt.



Namaskar! Famulatur in Indien

von Verena Springfeld

Mittwoch, 22. Juli 1998, nachts um vier... Ankunft in der 5-Mio.- Einwohner Stadt Bangalore, der Metropole für Computer und Software in Indien. Kühle Luft schlägt uns entgegen, und wir sind nach drei stickigen, heißen Tagen in Bombay richtig froh darüber. Unser Plan ist eigentlich, am Flughafen zu warten, bis es hell wird. Doch weit gefehlt....die Tür aus der Gepäckannahmehalle führt direkt nach draußen. Da merkt man mal wieder, daß Planungen für Indien meist überflüssig sind. Es läuft sowieso anders als man denkt.

Also nehmen wir für zu viel Geld ein Taxi zur Klinik. Zum Glück lassen uns die Männer von der Security auf das Gelände. Christoph und ich sind überrascht. Es gibt im St. John's Medical College ordentliche Straßen, Blumenbeete und keinen Müll. Alles sieht so richtig sauber und gepflegt aus. Ziemlich viele Befürchtungen sind so schon durch den ersten Eindruck ausgeräumt.

Mittlerweile ist es fünf Uhr. Natürlich kann uns niemand unser Doppelzimmer zeigen. Zum ersten Mal frieren wir seit unserer Ankunft in Indien. Uns fällt ein, daß Bangalore ja 1000 m hoch liegt.

Um halb acht bekommen wir endlich unser Zimmer. Es ist klasse: intakte Fensterfliegengitter, keine Kakerlaken, einigermaßen sauber, Badezimmer mit fließend Kaltwasser und eine Steckdose, die funktioniert.

Gegen Mittag klopft es an unserer Tür. Zwei junge, weiße Weißkittel stehen vor unserer Tür: Ob wir mit in die Cafeteria zum Mittagessen kämen? Es stellt sich heraus, daß außer uns noch 18 andere Studenten aus Irland, Frankreich, England, Amerika, Neuseeland, der Schweiz, Schottland und Deutschland da sind. Die anderen, die zum Teil nur drei Wochen, zum Teil für vier Monate zum PJ da sind, stehen uns mit Rat und Tat zur Seite.

Wir stellen uns im Sekretariat, beim Direktor und den Instituten, in denen wir unsere Rotation starten wollen, vor. Der Direktor erzählt, daß das St. John's Medical College and Hospital mit deutscher, amerikanischer und italienischer Hilfe gebaut worden ist. Die Klinik hat 950 Betten. Außer einem MRT ist alles da, was es auch in einem westlichen Krankenhaus gibt. Angeschlossen ist das College, eine Krankenpflegeschule und ein Institut für Public Health. Das Institut für Public Health betreut die Dörfer rund um Bangalore. Die Bibliothek ist etwas spärlich, doch auch



nicht viel schlechter als die der Lübecker Uni...

Am nächsten Morgen ist unser erster Arbeitstag. Die Wahl des richtigen Frühstücks ist nicht ganz einfach, da sogar das eigentlich harmlos klingende Omelette mit Chillischoten zubereitet ist. Aber ich will mich nicht darüber beschweren, denn die Cafeteria direkt vor unserem Wohnheim, zwei Minuten von der Klinik entfernt, wird von den Ärzten als absolut sicher bezeichnet, und das ist ja die Hauptsache.

Um 9 Uhr startet die Visite in der Dermatologie. Der Chef der Abteilung interessiert sich nicht für uns, aber der zweite Consultant, Dr. Elisabeth, kümmert sich rührend um uns. Schon während der Visite werden wir über Systemische Sklerose, Dermatomyositis und Psoriasis gefragt. Themen, zu denen wir nichts sagen können, werden uns erklärt, oder wir sollen sie bis zum nächsten Tag nachlesen, damit wir dann darüber diskutieren können. Dr. Elisabeth ist klasse. Sie weiß Antworten auf alle Fragen.

Während der 'Out-Patient-Clinic' sitze ich bei Dr. James. Er ist jung und bemüht sich sehr, mir all sein Wissen zu vermitteln. Wir sehen einige Krankheiten, die auch in Deutschland eine Rolle spielen, aber auch tuberkuloide Lepra, verschiedene Pilze, Krätze, Ulcera tropica... Es ist spannend. Selbst die bekannten Krankheiten sind interessant, weil sie in Indien zum Teil völlig anders bewertet werden. Zum Beispiel Akne. Wenn ein sechzehnjähriger Junge mit ein paar Pickeln im Gesicht kommt, dann gibt es sofort hohe Dosen von Vitamin A und orale Tetrazykline. Der Junge ist ja schließlich bald in einem heiratsfähigen Alter. Besser ist es, Geld für die Medikamente auszugeben, als später Schwierigkeiten mit dem Verheiraten zu haben. Und mit Akne würde die Mitgift bestimmt geringer ausfallen...

Das einzige Problem ist, daß wir vollkommen davon abhängig sind, ob der Arzt etwas erklären will oder nicht. Die Patienten sprechen in der Regel kein Englisch, sondern Kanada, Telugu oder Tamil. Es würde also nicht einmal ausreichend sein, eine dieser Sprachen zu sprechen... Einige der ausländischen Studenten sind indischer Herkunft. Doch auch sie verstehen nur wenige Patienten. Manchmal ist das Englisch der Assistenzärzte schwer verständlich. Der indische Dialekt gibt dem Englischen eine völlig veränderte Sprachmelodie.

In der Dermatologie ist meist schon gegen 13 Uhr Schluß. An manchen Tagen der Woche sind nachmittags Biopsien und andere ambulante Behandlungen. In anderen Abteilungen bleibt man so bis um fünf. Trotzdem muß man sich nachmittags nicht langweilen. Manchmal werden nachmittags Seminare angebo-

ten. Außerdem kann man in die Ambulanz gehen und dort den Ärzten über die Schulter schauen. Besonders in der Ambulanz kommt es vor, daß Patienten aus finanziellen Gründen nicht behandelt werden, und das ist schockierend.

Public Health:
Es ist möglich, mit dem 'Public Health Institute' die Dörfer zu besuchen.
Bei meiner Tour mußten wir 1½ h fahren. Das war eine gute Sache, denn die Mitarbeiter waren sehr interessiert, mit uns ins Gespräch zu kommen. Wir haben über die indische Gesundheitsversorgung, die Hochzeitsriten, Traditionen und Zukunftsvisionen für das Land diskutiert.

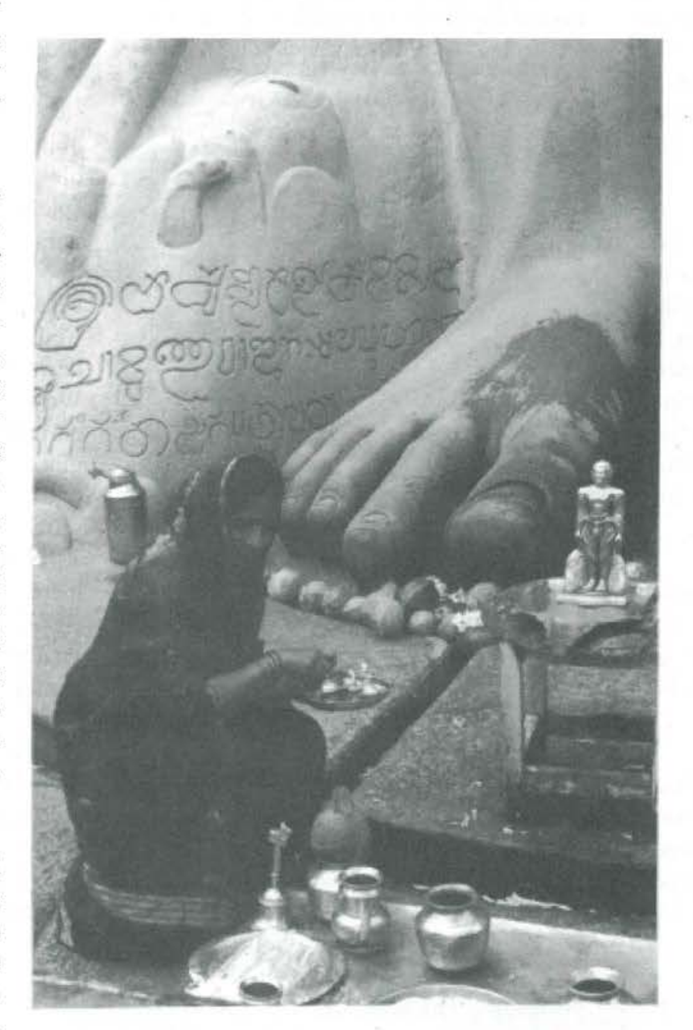
In dem Dorf haben wir hauptsächlich eine Reihenuntersuchung und Beratung der Schwangeren durchgeführt. Es ist schockierend, wie viele Frauen nicht stillen, weil sie meinen, Flaschenmilch sei besser, wie viele während der Schwangerschaft weniger essen, weil sie meinen dadurch die Schwangerschaft verhindern zu können, wie viele Kinder unter üblen Bedingungen geboren werden und Schaden davontragen, wie verunsichert junge Mütter (oft durch die Werbung) über die Ernährung der Kinder nach dem Abstillen sind... Die Liste könnte ich leider beliebig fortführen...

Vorteile der Uniklinik:
In der Rotation 'Tropical Medicine' konnte ich mir die Fächer selbst auswählen. Ich war in den sieben Wochen in der Dermatologie, Kinderheilkunde, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie und Verbrennung, Public Health, Neonatologie und Augenheilkunde. Dadurch habe ich einen tiefen Einblick in die verschiedenen Probleme und Krankheitsbilder der Medizin in den Tropen gewonnen.

Die Medizin ist wirklich erstklassig. Die Chefärzte sind auf dem neusten Stand der Forschung. Es ist aus finanziellen Gründen nicht immer möglich, alles Wissen auch anzuwenden. Trotzdem wird dieses Wissen vermittelt. Weil auch indische Studenten da sind, werden viel Unterricht und viele Seminare angeboten.

Nachteile der Uniklinik:
Durch die Rotation wechselt man wochenweise die Station, und darum ist es fast unmöglich, irgendetwas selbst zu machen. Eigentlich sieht man die ganze Zeit zu.

Kontakt zu Ärzten und Studenten :
Die Klinik ist groß und unübersichtlich. Es ist nicht einfach, persönliche Kontakte zu den indischen Ärzten und Studenten zu knüpfen. Am Ende meiner Zeit in Bangalore war es dann endlich so weit, daß ich auf dem Klinikgelände und in der Cafeteria ständig Bekannte traf, und daß



ich zumindest manchmal mit Leuten aus der Klinik ausgehen konnte. Aber der Kontakt zu den 'Einheimischen' wird natürlich auch dadurch erschwert, daß die ausländischen Studenten eine feste Gruppe bilden, die Dinge zusammen unternehmen. Außerdem ist es für die indischen Ärzte und Studenten auch zum Teil ein finanzielles Problem, mit uns auszugehen: Einladen lassen sie sich meist ungern, und in wirklich einfache Restaurants können wir aus gesundheitlichen Gründen schwierig gehen. Es ist sehr schade, daß so der Kontakt eher spärlich war.

Durch die anderen ausländischen Studenten fällt der Start leichter, es wird viel unternommen, wir hatten sehr viel Spaß. Außerdem konnten wir uns über schockierende Erlebnisse austauschen, was mit den indischen Ärzten, für die die Situation normal ist, nur sehr begrenzt möglich ist.

Wochenendgestaltung:
Für die Wochenenden haben wir fast immer große Ausflüge geplant. Meist sind wir am Freitagabend mit dem Nachtzug losgefahren und waren Montagmorgen passend zum Dienst wieder da. Im Zug gab es Möglichkeiten zum Schlafen. Irgendwann war jeder müde genug, um selbst auf der härtesten Liege und bei lautestem Rattern zu schlafen.
Die erste Tour ging nach Hampi. Das ist ein kleines Dorf an der Stelle einer ehemals riesigen Stadt, die vor 500 Jahren zerstört wurde. Ein Traum für jeden Hobby-Archäologen.

Dann waren wir in Cocchin, in Kerala. Dort ist das reine Palmenparadies. Erholung pur war angesagt.

An der Ostküste, südlich von Madras, konnten wir dann im indischen Ozean baden und auch noch ein wenig Kultur genießen.

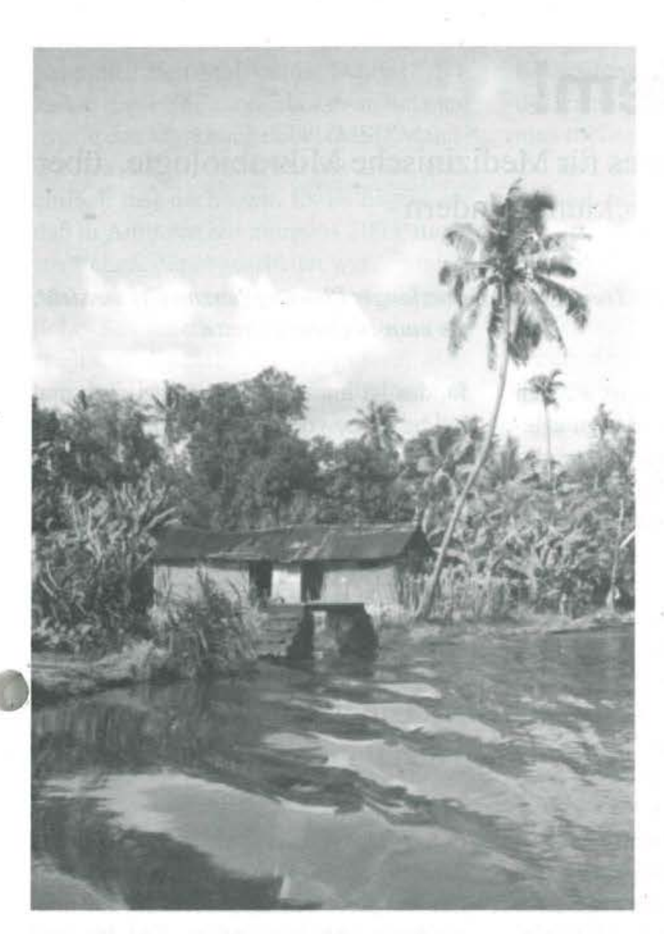
An zwei Wochenenden haben wir organisierte Bustouren in die nähere Umgebung von Bangalore gemacht und konnten den berühmten Palast von Mysore und viele geniale Tempel bewundern.

Auch Bangalore hat, neben dem reichlichen Angebot an guten Restaurants, englischsprachigen Kinos, mehreren Pubs und sogar einer Disco, einige schöne Sehenswürdigkeiten zu bieten.

Ich habe schon einige Städte in Indien gesehen und muß sagen, daß Bangalore die modernste und westlichste Stadt ist, die ich kennengelernt habe. In Bangalore gibt es sogar an jeder Ecke Möglichkeiten, e-mails zu senden. Also ist Bangalore für den Indien-Einsteiger genau das Richtige!

Essen:
Das indische Essen ist meist scharf und immer ungewöhnlich. Es gibt riesige Unterschiede in den verschiedenen Regio-





nen des Landes. Also kann man nie sagen, 'das indische Essen' schmeckt mir nicht. Ich selbst finde die meisten Gerichte sehr lecker.

In fast jedem Restaurant kann man auf das weniger scharfe chinesische Essen ausweichen. Oft gibt es auch 'continental food'. Obwohl man nicht davon ausgehen sollte, daß Pommes frites oder Makkaroni Ähnlichkeiten zu europäischem Essen haben.

Wenn die Sehnsucht nach 'was Richtigem' zu groß wird, dann gibt es in Bangalore auch 'Pizza Corner'.

Kosten:
Flug : ca. 1300 DM
Gebühr : ca. 150 $
Unterkunft : 100 Rupien (5 DM)/ Doppelzimmer, 60 Rupien/Einzelzimmer

Essen : Ein Essen im richtig guten Restaurant kostet ca. 8 DM, nur Alkohol ist fast so teuer wie bei uns, ansonsten gehört man mit aus unserer Sicht wenig Geld zur obersten Bevölkerungsschicht.

Reisen:
Zugfahren ist billig. Die Schlafwagen sind teurer. Trotzdem kostet eine Nacht nicht mehr als 10 DM. Für Hotels muß man etwa 300 Rs (15 DM)/Doppelzimmer rechnen.
Wer Kunde bei der Deutschen Bank ist, der findet auch in Bangalore eine Filiale. Citibank-Bankautomaten gibt es überall, so daß ich mit einer Kreditkarte ganz hervorragend zurechtkam. Andere hatten Traveller-Cheques mit.

Fazit:
Bangalore ist genau der richtige Einstieg in die Tropenmedizin. Wer aber unbedingt viel selbst machen möchte, der ist dort falsch.
Ich kann die Famulatur in Bangalore wirklich empfehlen!

Die Adresse:
St. John's Medical College
Dr. Mary M. Ollapally, Principal
Bangalore-560 064
India
FAX : 0091-80-5531786

Es ist gut, sich ca. 9 Monate vorher zu melden. Miss Ollapally hat es lieber, wenn die Studenten schon mind. im 4. Klin. Sem. sind, und ich finde auch, daß die Famulatur dann mehr bringt.

Wer noch Fragen hat, kann sich gerne melden bei : **Verena Springfeld Tel.: 0451/58 230 19**
oder e-mail : springfe@mail.excite.com



Carpe Diem!

- ein Gespräch mit Prof. Solbach, Direktor des Institutes für Medizinische Mikrobiologie, über die ärztliche Tätigkeit in Entwicklungsländern -



Professor Solbach: Wenn man in die Tropen geht, muß man sich überlegen, warum man das macht. Da gibt es viele verschiedene Gründe. Ein sehr häufiger Grund besonders bei jungen Ärzten ist, daß sie anderen Menschen helfen wollen. Ein anderer ist, einfach einmal Medizin zu erleben, die anders ist als die, die sie im Studium erleben. Beide Gründe kann man nur befürworten. Ich kann jeden nur ermutigen, in ein Entwicklungsland zu gehen. Wenn man in die Tropen geht, dann wird man sehr schnell feststellen, daß die Motivation des Helfens sehr differenziert zu sehen ist. Man muß sich die Frage stellen: Will ich dem Einzelnen helfen, oder will ich einer Region helfen, einem Dorf, einer Stadt oder vielleicht einem Land? Was man auf jeden Fall tun kann, ist, dem Einzelnen zu helfen. Manchmal hat man sogar die Möglichkeit, ein Leben zu retten.

Meinen Sie denn, daß ein solcher Aufenthalt in einem Entwicklungsland einen bleibenden Effekt hat?

Oh, absolut. Der bleibende Effekt ist der, daß man, wenn man zurückkommt, einen Spiegel hat - einen Spiegel dessen, was wir hier eigentlich so machen an Medizin - an Hightech-Medizin. Wir haben ein ganz anderes Patientengut. Die Altersstruktur ist in den meisten Entwicklungsländern eine ganz andere. Sie haben dort viel mehr Kinder zu behandeln. Das Krankheitsspektrum ist sehr häufig eingeschränkt, d. h. es gibt viele Patienten, die nur wenige verschiedene Erkrankungen haben. Das sind Erfahrungen, anhand derer man sich immer wieder fragen kann: Was machst Du eigentlich hier?

Wie beurteilen Sie es, daß so viele nach Afrika wollen. Afrika scheint irgendwie ein Magnet zu sein. Es gibt im Osten nach dem Zusammenbruch dort eine Reihe von Projekten dieser Art. Inwiefern, würden Sie meinen, ist das ein Trend zum Exotischen?

Nein, das ist kein Trend, das ist einfach die Möglichkeit, ein Abenteuer zu erleben. Der Aspekt Abenteuer ist immer dabei. Und das ist eine Möglichkeit, die man nutzen sollte. Das hat gar nichts Ehrenrühriges.

Sie würden es also ohne Einschränkung jedem empfehlen, so etwas zu machen.

Absolut, wenn Sie die Möglichkeit haben, nehmen Sie sie wahr. Seien Sie behutsam im Umgang, wenn Sie dort sind. Schauen Sie erstmal, wie die lokalen Gegebenheiten sind - besonders, wie man sich gegenüber dem anderen verhält. Es gibt so Kleinigkeiten, wie zum Beispiel, daß eine arabische Frau niemals einem Mann die Hand geben würde. So etwas muß man einfach kennenlernen. Wenn man dafür aber ein waches Auge hat, dann lernt man das sehr schnell.

Würden Sie sagen, daß dort für Studierende die Gefahr besteht, überfordert zu werden? Es gibt zum Beispiel Berichte darüber, daß jemand ganz begeistert von einer selbst durchgeführten Lumbalpunktion bei einem Neugeborenen erzählt hat.

> "Es ist nicht so, daß man auf Sie wartet. Sie sind - und das muß man am Anfang erkennen - im Grunde erstmal eine Belastung."

Meinen Sie, daß einem Studierenden vielleicht die Fähigkeit fehlt, in einer solchen Situation „Nein" zu sagen?

Nein, Sie werden ja in jedem Fall einen Ansprechpartner haben.

Ja, aber leider kam in vielen Fällen, während Erfahrungsberichten in Seminaren zum Beispiel, heraus, daß es doch trotz langer Planung ganz anders aussieht, als man es erwartet hatte.

Ja, das ist immer so. Ich hatte mich mal irgendwo beworben und das gut geplant, und es gab viel Korrespondenz im Vorfeld. Ich kam dann dort an und wurde empfangen mit "Ach Gott, wer bist Du denn?" Das war erstmal ein Schock. Aber dann wurde das sehr schnell und sehr flexibel gelöst. Es ist ja nicht so, daß man auf Sie wartet. Sie sind ja - und das muß man am Anfang erkennen - im Grunde erstmal eine Belastung. Da kommt einer, der dann auch wieder geht, und in der Regel ist man ja nicht der oder die erste, sondern da kommen immer wieder welche. Dementsprechend gibt es da auch die Erfahrungen buntester Art. Da gibt es das Extrem: "Hoppla, hier komm' ich aus Deutschland! Jetzt macht's mal so, wie wir das machen." Das ist sicher der ganz verkehrte Weg.

> "Man sollte nie etwas tun, das man nicht verantworten kann. Dabei darf man keinen Unterschied machen zwischen den Patienten."

Aber sehen Sie es nicht als eine Gefahr, daß Studierende dort zuviel machen? Das sie da sagen: "Ach Mensch, da ist Not am Mann, da leg ich mal mit Hand an, bei Sachen, die ich eigentlich noch gar nicht kann."

Da gilt das Kriterium: was kann ich verantworten? Man sollte nie etwas tun, das man nicht verantworten kann. Dabei darf man keinen Unterschied machen zwischen den Patienten. Man hat die Würde jedes Menschen zu respektieren, unabhängig davon, wo es ist.

Wenn man sagt, ich kann es nicht, dann kann man's nicht. Ich habe noch nie erlebt, daß dann jemand gesagt hat: "Ja, was willst Du denn hier?" Dann hab ich

erlebt: "Gut, dann zeige ich Dir das. Und beim nächsten Mal kannst Du das." Ich kenne diese Situation, aber dann hat man häufig das Merkbuch dabei (MSD Manual). Da steht viel drin, das muß man einfach mal nachlesen. Es ist häufig so, daß in Ambulanzen morgens 200 Patienten stehen, die abgearbeitet werden müssen. Die haben sehr wenige unterschiedliche Krankheiten. Ich werde nie eine englische Kinderärztin vergessen, eine ganz gebildete Frau, die die allerneueste Literatur medizinischer Art kannte. Aber im Alltag, da hatte sie ein Stethoskop, einen Reflexhammer, einen Augenspiegel



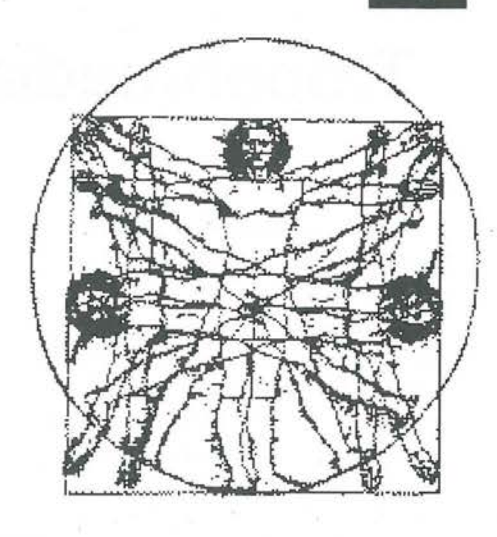
und ein Mikroskop, das Mikroskop für Liquordiagnostik. Mehr hat sie nicht gebraucht. Damit hat sie 90% der Dinge im Griff gehabt. Die Medikamentenauswahl ist so klein im Verhältnis zu dem, was wir kennen (vielleicht zehn Medikamente). Die sind vorhanden, und damit muß man zurechtkommen. Dies ist eine ganz wichtige Erfahrung. Da wird man feststellen, daß es geht.

Wie sehen Sie das Problem der Wiedereingliederung im Heimatland?

Da gibt es Erfahrungswerte, die besagen, daß man nach vier Jahren in einem Entwicklungsland für Deutschland "verdorben" ist. Dann kann man sich nicht mehr eingliedern, weil man die Komplexität dieses Systems, wie wir es hier haben, nicht mehr haben möchte. Man muß so viele Rücksichten nehmen, die man nicht mehr gewöhnt ist. Da fällt es vielen sehr schwer, sich wieder einzugliedern. Ein üblicher Turnus ist zwei Jahre lang. Nach dieser Zeit macht auch die berufliche Wiedereingliederung keine Probleme, so lange man jung ist.

Welchen Zeitpunkt in der medizinischen Ausbildung halten Sie für den geeignetsten für einen solchen Aufenthalt?

Im Sinne der Übertragung medizinischer Kompetenz ist die beste Phase die nach der Facharztausbildung. Doch dann hat man meistens schon Familie, Strukturen, die hier so gefestigt sind, daß man den Sprung nicht mehr schafft. In späteren Stadien kenne ich keinen, der dann am System etwas verändern will. Insofern ist zum "Schnuppern" eine Famulatur sehr geeignet und dann als Kompromiß zwischen den verschiedenen Bedürfnissen vielleicht die Zeit nach dem zweiten Facharztjahr. Es gibt auch eine ganze Reihe von Organisationen, bei denen kompetente Ärzte immer willkommen sind, die ihren Urlaub dort einsetzen, wo sie gebraucht werden.



Ihr Fazit?

> "Sie werden eine unglaubliche Bereicherung für Ihr eigenes Leben erfahren und werden ihre Tätigkeit hier mit ganz anderen Augen sehen."

Das Medizinische an einem solchen Aufenthalt ist nur ein ganz kleiner Teil. Darüber hinaus werden Sie eine unglaubliche Bereicherung für Ihr eigenes Leben erfahren und werden ihre Tätigkeit hier mit ganz anderen Augen sehen. Insofern: Nutzen Sie die Möglichkeiten !

Das Gespräch führte Wiebke Twesten

Tropenmedizin ist nicht gleich Medizin in den Tropen!

Nicht nur das haben wir in den zwei Wochen Sommerakademie des Missionsärztlichen Institutes in Würzburg gelernt, das sich dieses Jahr erstmals vornahm, etwas gegen die mangelhafte Lehre an deutschen Unis im Fach Tropenmedizin zu unternehmen. Durch die deutsche Bischofskonferenz angestachelt, wurde das Projekt einer Sommerakademie im Juli 1998 für fünfundzwanzig Studierende von fünfzehn verschiedenen Universitäten Wirklichkeit.

Nach einer anstrengenden Anfahrt aus Lübeck traf ich erstmals an einem Sonntagabend zur Einführung im „Missio" ein und war sofort von der lockeren Atmosphäre und dem spannenden Kursprogramm begeistert. Auch die verschiedenen Kursteilnehmer brachten eine Fülle von Erfahrungen und Erwartungen mit. Um einen in etwa gleichen Wissensstand zu gewährleisten, war Voraussetzung, daß sich alle Teilnehmer zwischen dem ersten und zweiten Staatsexamen befinden und entweder schon eine Famulatur im Ausland erlebt oder eine solche in Planung hatten. Auch das soziale Engagement wurde bei den Bewerbungskriterien berücksichtigt. So ergab sich eine bunte Mischung der Studierenden, die sich vom schlagenden Verbindungsmitglied bis zum linken Ökofreak erstreckte. Trotzdem waren alle sehr offen im Umgang mit dem anderen und hatten Lust, sich auf andere Ideen in diesem und in anderen Ländern der Welt einzulassen.

Der Kurs wurde von der Leiterin Dr. Reginamaria Eder sehr abwechslungsreich gestaltet. Sie selbst kann auf einen reichen Erfahrungsschatz in der Entwicklungsarbeit in Afrika zurückblicken und konnte uns schon dadurch viel vermitteln. Insgesamt waren die Tage sehr straff organisiert, um die drei großen Themenbereiche, die als Schwerpunkte festgelegt waren, ausreichend zu behandeln: klassische Tropenmedizin und Parasitologie mit anschaulichen Erfahrungsberichten von verschiedenen Ärzten und mit Laborübungen, der Bereich Gesundheitsmanagement und „Public Health" mit dem Schwerpunkt auf Präventivprogrammen, und als drittes Ursachen und Hintergründe von Krankheit und Armut.

Dies alles wurde von 17 Mitarbeitern (Ärztinnen, Ärzte und medizinisch-technische LehrassistentInnen) aus Institut und Klinik des Missionsärztlichen Institutes vermittelt, die sich thematisch und zeitlich sehr flexibel zur Verfügung stellten, ohne daß dadurch weitere Referentenkosten entstanden. Zudem konnten alle aus jahrelanger eigener Auslandserfahrung berichten.



Was viele Bewerber anzog, war neben der thematischen Vielfalt auch die variationsreiche Didaktik, die durch praktische Laborübungen, Gruppenarbeit, Simulationsaufgaben, Rollenspiele oder Podiumsdiskussion zu eigenem kritischen Nachdenken und aktiver Mitarbeit animierte. So erkannten wir, daß Medizin in den Tropen nicht gleichzusetzen ist mit Tropenmedizin und daß Gesundheit weit mehr ist als kurative Medizin. Um diese Einsichten zu vertiefen und untereinander auszutauschen, waren auch Diskussionen, Gespräche mit Dozenten und die Pausen wichtig.

Nach einer Einführung in die Arbeit des Missionsärztlichen Institutes und einem Überblick über Medizin in den Tropen begann die erste Woche mit einer zweitägigen Simulationsaufgabe „Health Ressource Allocation" (Verteilung der Ressourcen für Gesundheitsarbeit). Hierbei galt es, zunächst in Gruppenarbeit ein Modell für eine optimale Gesundheitsversorgung in einem fiktiven Distrikt in Tansania zu erarbeiten und anschließend 100 „Papier-Patienten" mit 20 dort häufig vorkommenden Diagnosen zu versorgen. Dies vermittelte einen ersten Eindruck von der Bedeutung von Basisgesundheitsdiensten und Public Health.

In den folgenden Tagen erschlossen Themen wie Wasser und die damit zusammenhängenden spezifischen Krankheiten, Energieversorgung und Krankenhaushygiene in Ländern des Südens uns bis dahin völlig unbekannte Bereiche. Es folgten Mutter-und Kind-Vorsorge und Aspekte von Frauengesundheit und Kinderheilkunde in den Tropen. Dazu referierte sogar ein Gastdozent aus Ghana. In der zweiten Woche ging es um klinische und soziale Aspekte von HIV/AIDS, um Bevölkerungsentwicklung, Prioritätensetzung im Distriktgesundheitswesen, Verständnis der Zusammenhänge zwischen Kultur und Gesundheit und um die 'Gastrolle' im fremden Land. Die Podiumsdiskussion zu „Sinn und Unsinn von Einsätzen in Entwicklungsländern" und den Ausklang im freien Gespräch mit einigen Referenten erlebten viele von uns StudentenInnen als den eigentlichen Höhepunkt der Akademie; daß „Dozenten ohne Profilneurose" sich Zeit für unsere ureigensten Fragen nehmen und aus ihrem persönlichen Er-

fahrungsschatz erzählen, erleben wir alle viel zu selten. Themen wie angepaßte Technologie, Katastropheneinsätze oder Differentialdiagnose 'Fieber' und der Ausblick auf Weiterbildungsmöglichkeiten und Alternativen in der Berufswahl hätten die meisten gerne verlängert und vertieft.



Auch die Kursteilnehmer brachten sich aktiv ein und trugen durch tägliche Referate über eigene Auslandsfamulaturen, zu Hobbythemen wie „Aufforstung" oder generell zu „Die Welt verändern - bei uns anfangen!" zum Gelingen der Sommerakademie bei. Auch die Notwendigkeit des Weitertragens der erlebten Weltdimension oder der Umgang mit Ausländern im eigenen Umfeld wurden angesprochen.

Dies alles wurde zum sehr studentenfreundlichen Preis von 250,- DM inklusive Mittagessen angeboten. Nur um eine Bleibe in Würzburg mußte man sich selbst kümmern, da die Übernachtung im Missionsärztlichen Institut mit ca. 25 DM pro Nacht nicht die erschwinglichste Möglichkeit darstellte. Aber auch die Campingplätze in Würzburg sind ja schließlich nicht zu verachten!

Natürlich verbrachten wir unsere Tage nicht nur arbeitsam, sondern beschäftigten uns auch noch abends weiter mit fremden Kulturen: ein brasilianischer Sambaabend, eine fränkische Weinprobe, ein Scheunenfest beim Biobauern und ein gelungener Abschluß beim Selbstversuch mit afrikanischen Trommeln vervollständigten unsere Zeit in Würzburg.

Im Ganzen gesehen war die Sommerakademie für uns alle ein großer Erfolg. Alle haben etwas für sich mitgenommen; StudentInnen genauso wie DozentInnen. Dieser Kurs war ein erster, toller Schritt in Richtung MITEINANDER und verdient von allen Universitäten Deutschlands Hochachtung und Anerkennung! Ich kann die Akademie und das Missionsärztliche Institut allen StudentenInnen empfehlen und ihnen raten, an der nächsten Akademie im Sommer 1999 teilzunehmen!

Nicole Neumaier

Der kluge Arzt oder Die Furcht als Heilmittel

Es war einmal in alten Zeiten in Bagdad eine Frau, die war so dick, daß sie nicht gehen konnte.

Und an einem Tage von den Tagen faßte sie einen Entschluß in ihrem Herzen und entschloß sich, zu einem Arzt zu gehen, um Medizin für ihre Fettleibigkeit zu suchen. Und als sie dort angekommen war, lud der Arzt sie ein, näher zu treten, und sagte zu ihr:
„Tritt näher!“

Und sie setzte sich hin. Und er fragte sie, wie es ginge. Die Frau antwortete ihm:
„Es geht alles gut; ich bin zu dir gekommen, daß du meinen Zustand ansehest.“
Und er fragte sie:
„Was hast du denn?“

Die Frau antwortete ihm und sagte:
„Ich wünsche mir, daß du mir eine Medizin für diese meine Fettleibigkeit machst.“
Der Arzt sagte ihr:
„Wenn Gott will. Aber zuerst muß ich das Orakel befragen, damit ich sehe, welche Medizin für dich paßt; und du gehe jetzt nach Hause zurück; morgen komme wieder und hole deine Antwort!“

Und die Frau sagte:
"Wenn Gott will." und ging nach Hause. Am folgenden Tag kam sie wieder, um die Antwort zu holen.

Der Arzt sagte ihr:
"Geehrte Frau, ich habe in dem Buche nachgesehen und habe gefunden, nach sieben Tagen wirst du sterben; gut, so bitte ich dich, du hast keine Medizin nötig, da du so bald in sieben Tagen sterben wirst."

Als die Frau die Worte des Mannes hörte, fürchtete sie sich in ihrem Herzen und dachte, sie würde sterben, und kehrte nach Hause zurück, aß nicht, trank nicht und war sehr betrübt und wurde sehr mager. Sie erreichte den achten Tag, aber sie starb nicht.

Da ging sie zum Arzt und sagte zu ihm:
"Heute ist der achte Tag, und ich bin nicht gestorben."
Und der Arzt sagte zu ihr:
"Bist du nun dick oder dünn?"

Sie sagte:
"Ich bin dünn, ich bin vor Todesfurcht ganz abgemagert."
Der Arzt sagte zu ihr:
"Das eben war die Medizin, die Furcht."
Und die Frau ging von ihm weg.
Und Gruß!

(aus: Afrikanische Märchen. Diederichs Märchen der Weltliteratur.
rororo-Taschenbuchausgabe 1993)



Motivation für ärztliche Entwicklungsarbeit

Prof. Dr. Otmar Bauer, bis Januar dieses Jahres leitender Oberarzt an der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der MUL, war 1984 bis 1987 als ärztlicher Entwicklungshelfer in Tansania und hat auch weiterhin über Freundschaften, Forschungsprojekte und Gastärzteaustausch intensiven Kontakt mit Tansania.



Welches war Ihre ganz persönliche Motivation, in ein Entwicklungsland zu gehen?

Meine Motivation war, daß ich nicht zur Bundeswehr gehen wollte - Zivildienst konnte ich aus verschiedenen Gründen nicht leisten. Insofern blieb mir nur die Möglichkeit, in den Entwicklungsdienst zu gehen. Ich habe mich mit der Thematik beschäftigt und mich beim Deutschen Entwicklungsdienst (DED) beworben. Dies war für mich mit 18 Jahren - und in einer 100-Seelen-Gemeinde aufgewachsen - ein ziemlich gewaltiger Schritt.

Es ist eine ganz andere Situation, wenn jemand sagt: „Gut, nach meinem Studium mache ich Gynäkologie oder Chirurgie, und ich will dann in die Entwicklungshilfe gehen." Dann sind die Kolleginnen und Kollegen in der Regel fünf Jahre älter, wenn sie eine solche Entscheidung treffen.

Als ich den ersten Tag in das Krankenhaus kam, in dem ich arbeiten sollte, wäre ich weggelaufen, wenn ich dazu die Wahl gehabt hätte. Auf den Nenner gebracht: Ich hätte umgehend zur Bundeswehr gemußt, und um dies zu verhindern, wäre mir jedes Mittel recht gewesen. So war es ein erheblicher Druck, die zunächst widrigen Arbeitsumstände in Tansania zu ertragen.

Die Vorbereitung des Deutschen Entwicklungsdienstes ist intensiv, man muß dazu Seminare besuchen, Vorbereitungstests bestehen und sich bewerben, während man medizinisch ausgebildet wird. Zuletzt lagen fast sechs Monate Vorbereitung zwischen der Aufgabe einer sicheren Arbeitsstelle hier und dem Beginn der Arbeitsstelle im Gastland.

Wie lange waren Sie dann insgesamt dort?

Ich war dreieinhalb Jahre in Tansania. Mir hat es sehr gut gefallen. Ich bin mit Tränen gegangen. Es war sehr schön, aber die Vernunft hat mich von einem permanenten Bleiben dort abgehalten. Aber ich habe die Kontakte nie ganz abgebrochen und war später noch unzählige Male in Tansania für Forschungsprojekte und medizinische Einsätze.

Würden Sie denn sagen, daß Ihr dortiger Einsatz für die Bevölkerung einen bleibenden Effekt hatte?

Ich denke, daß die Probleme im dortigen Gesundheitssystem ähnlich strukturiert sind wie hier. Wir wissen, daß ein Arzt für sich alleine nichts bewirken kann. Genauso, wie Sie sich jetzt journalistisch oder innerhalb Ihres Faches interessieren, wird das auch immer nur punktuell Menschen berühren.

Wenn Sie in einem Entwicklungsland als Arzt arbeiten, rennen Ihnen in der Regel die Leute die Türen ein und kommen sogar von weither angereist. Dies ist für den einzelnen Arzt ein schönes Gefühl, aber bis auf wenige Kollegen, die man ausbildet, bleibt nicht viel, was letztlich dauerhaft an den Einsatz vor Ort erinnert.

> "Man kann nur punktuelle Änderungen bewirken aber das bestehende System in keinster Weise verändern."

Das Schöne am Deutschen Entwicklungsdienst war oder ist, daß der Entwicklungshelfer im Dienst des Entwicklungslandes arbeitet. Das heißt: Ich war Angestellter des Gesundheitssystems in Tansania, bekam zwar vom Deutschen Entwicklungsdienst Geld, war aber medizinisch meinem tansanischen Vorgesetzten verantwortlich. Ich mußte mich in die tansanischen Strukturen hineinfügen. Dies hat den Vorteil, daß ein gleichqualifizierter tansanischer Arzt nach meinem Weggehen meine Arbeit hätte weitermachen können.

Es ist Ihnen also immerhin gelungen, dort Ihre Ausbildungsleistung einzusetzen, die weiterwirkt?

Ja. Ich glaube, daß sich der Einsatz für die Ausbildung und Motivation einzelner Mitarbeiter immer lohnt. Es sollte dem Entwicklungshelfer bewußt sein, daß sein Einsatz nur punktuelle Änderungen bewirken, aber das bestehende System in keinster Weise verändern kann. Dies sollte meines Erachtens auch nicht versucht werden.

Eine Frage zu den kulturellen Barrieren: Man kommt in eine völlig andere Kultur. Verständigungsschwierigkeiten gibt es wahrscheinlich nicht nur in der Sprache, sondern auch im kulturellen Verständnis. Wie haben Sie das erlebt?

Bei meiner ersten Patientin war mir ein Dolmetscher zur Seite gestellt. Klinisch hatte die Patientin eine Adnexitis. Der Dolmetscher hat mir die Probleme als psychosomatische Probleme verkauft. Ich habe für mich gedacht, daß das ja nicht das Wahre sein kann. Aus diesem Grund habe ich dann einen Dolmetscher abgelehnt. Das war aber nicht sein Fehler, denn er hat seine Mitmenschen mit seinem „kulturellen Auge" gesehen. Und mein medizinisches Auge ist ein anderes.

Ein zweiter Problemkreis ist das Zugehen auf die Einheimischen. Ich denke, hier ist Zurückhaltung angesagt. Ein schönes Beispiel: Man hatte mich zu einem Notfall in den Kreißsaal gerufen, ich kam herangerannt, bin in den Kreißsaal gestürmt und stand dann alleine da. Mit europäischer Mentalität bin ich ausgerastet, aber die Schwestern entgegneten mir: „Keine Situation ist so eilig, daß man nicht 'Guten Tag' sagen könnte."

Das sind Dinge, die wir aus unserer Kultur nicht verstehen, da bei uns die Behandlung des Notfalls zählt, und dann erst kommt das Soziokulturelle. Dort ist es in alle Situationen des täglichen Lebens eingebettet. Das kann etwas sehr schönes sein. Als Gast muß man es aber wissen.

Ich hatte keine Probleme, als Gynäkologe alle Frauen alleine zu untersuchen. So hat mein Nachfolger zum Beispiel den Fehler gemacht und mit einheimischen Frauen und Mädchen „angebändelt". Dazu die Meinung der leitenden OP-Schwester später: „Es ist schade, daß Du weg bist. Jetzt haben die Frauen niemanden mehr, zu dem sie mit Vertrauen zur Behandlung hingehen dürfen." Das private Verhalten meines Nachfolgers war für die Frauen, aber insbesondere für die Familien und Ehemänner, nicht akzeptierbar und führte sofort zum Vertrauensbruch. Dies bedeutet: Auch das private Verhalten des Arztes muß sich an den ärztlichen Gepflogenheiten orientieren.

Es gibt aber auch Dinge, die ich mittlerweile anders sehe. Der Deutsche Entwicklungsdienst hat uns gelehrt, alle Menschen gleich zu behandeln. Dies bedeutet für einen Arzt, egal wer vor deiner Tür sitzt und behandelt werden will: Alle kommen der Reihe nach dran. Und so habe ich das natürlich auch gemacht. Da kam die Frau eines District Development Directors (entspricht etwa einem Bürgermeister), was ich erst später realisiert habe. Sie kam ganz zum Schluß und wurde von den wartenden Einheimischen vorgelassen. Ich wollte das nicht, aber die Leute haben das nicht akzeptiert. Aber diese Dinge muß man so akzeptieren. Heute denke ich, daß mein Verhalten falsch war. Ich als Gast muß die fremde gesellschaftliche Ordnung akzeptieren. Auch dort gibt es VIPs, und es gibt „normale" Menschen. Als Gastarzt muß ich die VIPs so behandeln, wie es die einheimischen Ärzte tun würden.

Als Europäer war ich gewohnt, Probleme, Wünsche und Gefühle geradeheraus vorzubringen. Ein Tansanier würde das niemals tun. Er hat ein brennendes Problem und redet mit Ihnen den ganzen Abend, wird es aber frühestens beiläufig beim Gehen erwähnen. Dies sollte man zum Beispiel wissen. Ich denke, daß der DED eine gute Vorbereitung macht, aber eben auch nicht auf alles hinweisen kann. Deswegen denke ich, daß man gut daran tut, am Anfang viel hinzuschauen und wenig zu reden.

Ein Problem des unterschiedlichen kulturellen Verständnisses, welches Sie auch in Ihren Vorträgen ansprachen, ist das Problem der Beschneidung von Frauen. Wie stehen Sie dazu?

Ich fand es immer sehr traurig, wenn Mädchen mit Entzündungen des Genitale kamen oder Frauen später mit Geburtsverletzungen. Ich würde als Arzt in Tansania einen solchen Eingriff nie machen, würde aber auch niemanden, der es macht oder an sich machen läßt, verurteilen. In anderer Hinsicht sagen Mütter auch bei uns zu ihren Kindern: „Du, das hat meine Mutter mit mir auch schon gemacht." Menschen in anderen Regionen verhalten sich im Prinzip auch nicht anders. Mütter sind selbst beschnitten, kennen es nicht anders - es ist eine Tradition. In unseren Augen ist es zwar eine Verstümmelung, aber ich denke, daß wir uns als Europäer fernab von dem Geschehen sehr zurücknehmen müssen, dieses traditionelle Verhalten zu bewerten.

> "Das Wichtige sind die persönlichen Erfahrungen und der kulturelle Austausch. Es ist ein Geben und ein Nehmen, wir lernen einfach fürs Leben!"

Das hört sich insgesamt so an, als hätten Sie persönlich sehr von Ihren Aufenthalten in Tansania profitiert, Lebenserfahrung gewinnen und Einzelschicksale positiv beeinflussen können. Welcher Personengruppe empfehlen Sie, ähnliche Erfahrungen zu machen?

Ich kann es jedem jungen Menschen empfehlen. Aber wenn zum Beispiel ein Arzt oder eine Ärztin diesen Weg nicht gehen und an der Uni bleiben und dort Karriere machen will, ist der Entwicklungsdienst derzeit sicher eine ganz schlechte Sache. Für eine medizinische Ausbildung und das Anwenden von medizinischem Wissen unter schwierigen Bedingungen habe ich persönlich von meinem Aufenthalt in Tansania wahnsinnig profitiert. Ich kann es eigentlich jeder Kollegin oder jedem Kollegen empfehlen, der oder die bereit ist, offen auf anderes und andere Menschen zuzugehen, bereit ist, einfach mal eine gewisse Zeit zurückzustecken.

Würden Sie es auch schon im Studium empfehlen, oder denken Sie, daß man erst das ärztliche Können haben muß, und sich nicht schon vorher an Patientinnen und Patienten versuchen sollte?

Ich finde es nicht schlecht, wenn junge Studenten dorthin gehen und sagen: „Ich will mal schauen und lernen." Es darf aber nicht so ausarten, daß angehende Kollegen in solche Länder gehen, um praktische Medizin anzuwenden, die sie im Heimatland noch nicht anwenden dürfen, weil sie vielleicht noch nicht den Ausbildungsstand erreicht haben. Wenn Ärzte längerfristig in Entwicklungsländer gehen, sollten sie in ihrer Ausbildung schon weit fortgeschritten sein. Ein halbes Jahr Gynäkologie, ein halbes Jahr Chirurgie als Vorbereitung, das ist meines Erachtens zu wenig. Ärzte mit diesem Ausbildungsstand gibt es dort genügend.

Ich habe die Erfahrung gemacht: Wenn man sich in Deutschland nicht gerade wie ein Elefant im Porzellanladen bewegt hat, dann wird man nach seiner Rückkehr gerne aufgenommen. Sie stehen aber natürlich im Altersvergleich zu den Kollegen zurück, denn diese haben während Ihrer Abwesenheit an der Karriere weitergearbeitet. So muß man sich hier erst wieder einfügen. Viele Chefs haben offenbar Angst davor, den Kollegen „aus dem Busch" bei ihrer Integration in den hiesigen Medizinbetrieb zu helfen. Deshalb bin ich für die Hilfe, die mein früherer Chef, Prof. Krebs, mir dabei gegeben hat, sehr dankbar. Ich selbst habe länger als ein Jahr gebraucht, um mich hier wieder zurechtzufinden. Man muß einfach wissen, daß es solche Integrationsprobleme geben wird, und dieses wird meiner Meinung nach vor der Abreise zu wenig klargemacht: Wenn ich hierher zurückkomme, bin ich unter Umständen ein „Fremder". Der Weg zurück ist zum Teil genauso dornig wie der Weg in diese Länder.

Ihr Fazit?

Wenn ich es vom Medizinischen her sehe, bin ich zunehmend pessimistisch. Ich kann zwar punktuell durch meine Arbeit als Arzt anderen Menschen helfen, aber kaum bzw. gar nichts Perma-



nentes bewirken. Bezogen auf den einzelnen Menschen kenne ich viele, die sehr froh sind, daß ich dort gearbeitet habe. Es gibt aber auch einige, die auf Grund meiner initialen Unerfahrenheit Schaden genommen haben. Somit bleibt meines Erachtens: Das Wichtige sind die persönlichen Erfahrungen und der kulturelle Austausch. Es ist ein Geben und ein Nehmen, wir lernen einfach fürs Leben!

Das Interview führte Moritz Gerhardt.
Textdokumentation: Antje Johannsmeyer, wt, mg, rk

Die Grenzen unserer beruflichen Freiheit müssen wir selber abstecken

von Otmar Bauer

Große Erwartungen haben die Tansanier an den deutschen Arzt, an sein Wissen und sein praktisches Können. Er ist plötzlich allein verantwortlich für das medizinische Wohl einer erheblichen Anzahl von Menschen. Niemand wird ihn direkt kritisieren. Nur mit einem stark entwickelten Berufsethos, meint der Autor, kann man mit dieser Situation umgehen.

„Hat dein Vorgänger nun endlich einen Studienplatz gefunden?" Zunächst glaubte ich an ein Mißverständnis, dachte, es läge an meinem schlechten Kiswahili, daß ich die Frage nicht richtig verstand. Doch auch ein Nachfragen änderte am Inhalt der Aussage nichts! Das machte mich betroffen. Denn zum ersten Mal teilte man mir versteckt mit, daß Erwartungen, große Erwartungen,an mich, den Entwicklungshelfer „hier draußen", bestehen, daß man vielleicht sogar mit meiner Leistung nicht immer zufrieden war.

Erfülle ich die in mich gesetzten Erwartungen? Welcher Tansanier sagt mir offen, ob meine ärztliche Kunst den Ansprüchen genügt? Wer weist mich in meine Schranken oder auf den richtigen Weg? Ich darf laut schimpfen, was hier in Tansania sehr unhöflich ist. Ich kann in viele Fettnäpfchen treten, mir wird es niemand – jedenfalls nicht direkt – sagen: Monatelang fuhr ich in der Distriktstadt mit meinem Piki-piki, mit meinem Motorrad, in einer Einbahnstraße in entgegengesetzter Richtung – unwissentlich. Oftmals begegnete mir auch der Verkehrspolizist, freundlich lächelnd. Er winkte sogar. Eines Tages – ich war mit anderen Weißen zu einer Veranstaltung eingeladen – kommt der besagte Polizist, lächelt mir zu, geht an mir vorbei zu meinem Nachbarn und bittet den, mir mitzuteilen, daß diese Straße eine Einbahnstraße sei.

Wir haben unsere Erziehung, unsere Erziehung, unsere Ausbildung in einer Gesellschaftsordnung und Kultur erhalten, die sich von der hiesigen total unterscheidet. In unserer eigenen Kultur bewegen wir uns wie selbstverständlich und handeln angeblich frei, ohne zu bemerken, wie viele Regeln die Richtung weisen, sei es im Privatleben oder am Arbeitsplatz. Toleranz suchen wir vergeblich oder treffen sie nur dort, wo Regeln ihr ohnehin nicht entgegengestanden hätten.

Bezogen auf die Arbeit in Deutschland bedeutet die reglementierte Freiheit, daß ich auf meinem Arbeitsplatz so funktionieren muß, wie es von meinem Status und meinem Ausbildungsstand her erwartet wird. „Zuwiderhandlungen" werden direkt und unmißverständlich geahndet – von meinem Umfeld nicht toleriert.

Doch wie sieht es in meinem Gastland mit meiner Freiheit am Arbeitsplatz aus? Mein Handeln wird nicht mehr reglementiert, sondern toleriert. Man läßt mich gewähren. Und dies in einem solchen Maße, daß es, wenn noch Selbstüberschätzung hinzukommt, gefährlich werden kann – für den, der sich meinem beruflichen Können anvertraut, aber auch für mich selbst. Nur ein stark entwickeltes Berufsethos kann dem entgegenwirken. Doch dafür halte ich mich persönlich für noch zu jung. Ausgleichend würde eine fundierte Berufsausbildung bzw. Berufserfahrung, die den hiesigen Bedürfnissen entspricht, wirken. Sie könnte den Entwicklungshelfer in die Lage versetzen, neben allen anderen Problemen zumindest beruflich über den Dingen zu stehen. Unsere Gastgeber werden diese Forderungen nie offen an uns stellen, doch wer aufmerksam liest, findet sie bei passender Gelegenheit zwischen den Zeilen. Zu oft werden wir in eine berufliche Freiheit geschickt, die Grenzen dieser Freiheit müssen wir aber selbst abstecken. Der Assistenzarzt, der in Deutschland noch nicht einmal eigenverantwortlich einen Blinddarm operieren dürfte, ist plötzlich eigenverantwortlich für das medizinische Wohl von 500.000 Menschen zuständig. Zu oft kommt er in Situationen, in denen er sich selbst nicht unter sein Messer legen würde. Aber er macht, was er kann; er tut sein Bestes! Oder wird er zum Macher? Er klagt über Korruption, Engpässe, Transportschwierigkeiten, Unsauberkeit, Unzuverlässigkeit, Nachlässigkeit, Schlamperei, über die Schwestern, den Hilfsarzt, die Verwaltung, und last not least über seinen Chef, den Distriktarzt. Und dann – nach zwei Jahren geht er wieder. Alle anderen bleiben „draußen", weil, ja weil es ihr Leben, ihr Zuhause ist.

Nur über eines wundert der Assistenzarzt sich nicht: Warum der Distriktarzt nicht über die Entwicklungshelfer klagt, deren Spinnereien er nun schon in der dritten Generation erträgt! – Mit Toleranz.

Dieser Artikel erschien erstmals 1985 in der Zeitschrift des Deutschen Entwicklungsdienstes (DED) und ist uns wegen seiner anhaltenden Aktualität freundlicherweise von Prof. Bauer zur Verfügung gestellt worden.



Un bebe sano, es un bebe fuerte ...

Eine Famulatur in La Paz, Bolivien

von Mirjam Eikmeier

Damit sich der Leser keine falschen Hoffnungen macht: Dies hier ist weder ein Bericht darüber, wie man an eine Famulaturstelle in einem fernen Land gelangt, noch wo es die billigsten Flugverbindungen gibt, oder ob eine Malariamücke anders aussieht als alle anderen Mücken.

Das sind ohne Zweifel Details von großer praktischer Bedeutung, die aber vielleicht an anderer Stelle eingesehen werden können.

Die Stadt La Paz schmiegt sich in eine durch die Kette der Königskordilleren gebildete Schlucht am Rande des Altiplano, einer Hochebene, die sich von Peru über Bolivien bis nach Argentinien erstreckt, und auf der außer dem harten Hochlandgras und einigen Lamaherden wenig Leben zu finden ist. Daneben erhebt sich der von vielen Punkten der Stadt aus sichtbare, 6500m hohe Berg Illimani, der zur Abenddämmerung in den verschiedensten Rosa- und Blautönen leuchtet.

Die ersten Tage dort verbringt man am besten mit Cocatee und ruhigen Stadterkundungen, damit sich das flaue Gefühl in den Beinen, das die Höhenumstellung auf 4000 m über Meeresniveau mit sich bringt, nicht auf den Kopf auswirkt. Die Orientierung gestaltet sich denkbar einfach: Je höher man kommt, desto kälter und windiger wird es - und um so ärmere Viertel durchquert man. Im Stadtteil El Alto pfeift der eisige Wind des Hochlandes, und trotz der verbrennenden Sonne wird es dort nie richtig warm. Die aus Lehm- und Andengrasziegeln erbauten Wohnungen bleiben unverputzt und sind nicht beheizt wie fast alle Häuser in Bolivien, ein paar Hotels ausgenommen. Geht man hinunter in die Geschäftsviertel, so säumen mehr und mehr Wolkenkratzer und Villen im Kolonialstil die Hauptstraße. Am Fuße der Senke schließlich durchziehen vier kleine Flüsse die Stadt, um welche herum sich die besseren Teile La Paz´ gruppieren.

In der Hauptverkehrszeit ist ein Durchkommen recht beschwerlich. Neben dem florierenden Schwarzmarktgeschäft gibt es an beinahe jeder Ecke Verkaufsstände, Garküchen, Geldwechsler, Aufenthaltsgenehmigungsverkäufer, Schuhputzer und selbsterwählte Bushaltestellen. Der Weg zum Krankenhaus war daher manchmal unberechenbar, doch schienen alle dort Arbeitenden ein ähnliches Problem zu haben.

Es begann morgens damit, daß ich mich wegen der Kälte in zwei Wollpullis, Schal und Mütze gehüllt tapfer auf den Weg zu jener imaginären Bushaltestelle machte, von der aus fast immer ein Bus wenigstens in die Nähe des Hospitals fuhr. Und da ich darauf angewiesen war, erlernte ich innerhalb kurzer Zeit die Zeichensprache, mit deren Hilfe sich Busfahrer und Fahrgast auch auf große Distanzen und im Hauptverkehr leicht verständigen können.

Die Stimmung im Bus war meist recht gut: Es lief wie eigentlich überall und immer bolivianische Musik, nach der man leicht süchtig werden kann, und rasch war das eine oder andere Gespräch im Gange: Ob jemand wisse, wozu der heutige Umzug am Prado veranstaltet werde (ja, vom „Tag des Hundes“ über den „Tag der Freundschaft“ und den „Tag der Jungfrau von Coppacabana“ bis hin zum „Jahrestag des Putsches ichweißnichtmehrwiederheißt“ wurde sehr Verschiedenes und oftmals Undurchsichtiges gefeiert), weshalb die Amerikaner ihrem Präsidenten die außereheliche Beziehung übelnähmen (das derzeitige bolivianische Staatsoberhaupt soll nicht nur eine „Nebenfamilie“ haben), und woher ich denn eigentlich komme, und ob ich krank sei, da ich ja als Fahrziel ein Krankenhaus angegeben hatte, und ob die Leute in Deutschland auch so lange bräuchten, um in einen Bus einzusteigen, und was ein Kleinbus wie dieser hier bei uns koste.

Im Krankenhaus angekommen, schlich ich auf die Kinderstation und schloß mich den anderen an.

Die drei Internos, Studenten im sechsten Jahr, die den Stationsalltag organisieren und mit einem Hintergrunddienst jede dritte Nacht im Krankenhaus verbringen, teilten sich die Abteilung und sorgten selbständig für die Aufnahme und die tägliche Untersuchung der Kinder, kümmerten sich um die Ausführung der Anordnungen, begleiteten die Kinderarztvisiten, assistierten bei den kinderchirurgischen Operationen, empfingen die Neugeborenen nach der Geburt und betreuten sie auf der Mütterstation bis zur Entlassung weiter.

Die Station bestand aus einer Intensivstation, einem Neugeborenensaal, je einem Saal für Patienten mit Erkrankungen des Respirationstraktes und des Gastrointestinaltraktes und einem weiteren Zimmer für die operierten Kinder.

Vormittags und nachmittags machten die Kinderärzte Visite. Sie sind jeweils nur halbtags angestellt, da sie bei einem Monatsgehalt von ca.150 US Dollar auf die Versorgung von Privatpatienten angewiesen sind. Anschließend betreuten sie die Patienten, die in die Poliklinik kamen. Dort konnte jeweils ein Student die Kinder voruntersuchen und eine erste Diagnose stellen sowie Diagnostik- und Therapievorschläge machen.

Einmal in jeder Woche fand eine Fallvorstellung durch einen Studenten statt, bei der die Ärzte aller Abteilungen anwesend waren, und anschließend wurde gründlich darüber diskutiert. Auf einer solchen Fallvorstellung lernte ich dann auch die Internos der anderen Abteilungen kennen. Ein US-amerikanischer Student war auch dabei, der dort Daten für seine Doktorarbeit sammelte. Außerdem wurden wir zu allerlei aktuell in der Abteilung auftretenden Problemen von den Kinderärzten zusammengetrommelt und erhielten eine praxisbezogene Unterrichtseinheit.

Ebenfalls eine von den Internos geschätzte Art der Weiterbildung fand mittwochs im Militärkrankenhaus statt. Dabei dozierte der Kinderkardiologe bei seinen

Untersuchungen am einzigen Echokardiographiegerät der Stadt.

In dem einen Monat meiner Famulatur konnte ich alle Unterabteilungen der Pädiatrie kennenlernen, hielt mich aber zumeist an die kleinsten Patienten, die einem rudimentäres Spanisch nicht so übelnahmen.

Die Studenten der gynäkologischen Abteilung, die u.a. die Geburten zu leiten hatten, bemerkten sehr früh mein Interesse an der Geburtshilfe und der Versorgung der Neugeborenen im Kreißsaal und riefen mich dorthin, sobald wieder eine Gordita ("kleine Dicke", liebevoll für "Schwangere") in die Notaufnahme kam.

Es hat sehr viel Spaß gemacht, die Frauen und ihre Kinder von der Aufnahme bis zur Entlassung mitzuerleben. An dieser Stelle ist vielleicht anzumerken, daß die Bedingungen, unter denen die Kinder geboren werden, sehr unterschiedlich sind. Im Anamnesebogen gibt es Felder, auf denen anzugeben ist, ob die Mutter verheiratet ist, wieviele Jahre oder ob die Eltern überhaupt zur Schule gegangen sind, ob es elektrisches Licht und fließendes Wasser im Haushalt gibt und mit wievielen Kindern sich das Neugeborene ein Bettchen teilen muß. Auch haben etliche Mütter nie zuvor einen Frauenarzt aufgesucht, geschweige denn an einer Geburtsvorbereitung teilgenommen. Und manche Eltern können keine Kleidung für ihr Kind mitbringen, dabei ist das rasche Anziehen des Kindes nach der Geburt eigentlich fast das Wichtigste, denn im Kreißsaal herrschten Außentemperaturen, und die lagen im August nachts oftmals unter dem Gefrierpunkt. In einem Nachtdienst, in dem einmal mehr der Strom ausgefallen war, war meine Hauptaufgabe, Wasser für die Wärmflaschen zu kochen, die die Kinderbettchen warmhalten sollten.

Außer dem Einblick in die Geburtshilfe konnte ich auch etwas in die Kinderchirurgie hineinschnuppern. Die Studenten selbst waren nicht mehr sonderlich an den Operationen interessiert, so daß ich ab und zu assistieren durfte. Insbesondere die Lippen-Kiefer-Gaumenspalten-Operationen, für deren gute kosmetische Ergebnisse das Krankenhaus schon ausgezeichnet worden ist, faszinierten mich. Und obwohl ich weder die Namen der Instrumente wußte, noch alle Anweisungen verstand, ist der Operateur - ganz im Gegensatz zu deutschem Brauchtum - nie wirklich ungeduldig geworden. Dazu sollte ich vielleicht anmerken, daß das gesamte Leben in diesem Land eher ruhig abzulaufen schien. Allseits geschätzt waren die Kaffeepausen, in denen sowohl die aktuellen politischen Ereignisse diskutiert als auch die neusten Witze erzählt wurden.

Das Krankenhaus ist übrigens aus einer in den 70er Jahren durch eine deutsche Ärztin gegründeten Stiftung entstanden, durch die bis heute ein Teil der Patienten unterstützt wird, denen das Geld für die Krankenversorgung ganz oder teilweise fehlt. Außerdem ist es Lehrkrankenhaus der Universität von La Paz, weshalb in jedem Jahr 15 Studenten durch die Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie und soziales Gesundheitszentrum rotieren.

Was ist nun das Besondere an einer Famulatur in einem Land wie Bolivien?

Abgesehen davon, daß man Krankheitsbilder zu sehen bekommt, die es entweder in solch ausgeprägter Form oder überhaupt bei uns nur noch selten gibt, sind die Bedingungen, unter denen diese Krankheiten diagnostiziert und therapiert werden, ganz andere. Zwangsläufig muß sich stärker auf die klinische Untersuchung verlassen werden (ich habe einmal an einer Unterrichtseinheit teilgenommen, in der den Studenten beigebracht werden sollte, welche Erreger für eine Diarrhoe bei welcher Stuhlfarbe und welchem Geruch in Frage kämen), wenn das Geld für die Laboruntersuchungen und die bei uns selbstverständlichen bildgebenden Verfahren fehlt. Man gerät immer wieder in Situationen, in denen erkennbar wird, daß Gesundheitsversorgung ein nicht jedem zur Verfügung stehender Luxus ist. Unabhängig davon meine ich, daß man durch die Kollegen und Patienten vieles über die andere Kultur lernen kann, was einem auf einer Touristik-Reise vielleicht verborgen bliebe und einen bisweilen recht nachdenklich auch über die Gesetzmäßigkeiten der eigenen Kultur stimmt.

Mich haben zum Beispiel die Großfamilien begeistert, die vor dem Kreißsaal warteten und gespannt diese tolle Glocke beäugten, mit Hilfe derer bekanntgegeben wurde, daß ein Kind geboren worden ist. Baron o Mujer?

Verwundert war ich, als eines Tages ein Elternpaar mit seinem Kind in der Poliklinik erschien und erzählte, daß dessen Seele abhanden gekommen sei und nun irgendwo in den Weiten der Anden vermutet werde. (Zu diesem Thema findet man im „Nelson" nicht eine Zeile.)

Traurig bin ich angesichts der verwahrlosten, mißhandelten oder vernachlässigten Kinder geworden, von denen die meisten durch das soziale Gesundheitszentrum vermittelt worden waren.

Und nebenbei bemerkt waren auch interessante praktische Details zu erlernen. Wie man beispielsweise ein winziges Wuawua (Quetchua für „Baby") so in eine bunte Decke wickelt, daß es zwar `rausgucken aber nicht `rausfallen kann. Oder welche Centavo-Münzen im BH getragen am besten die Milchproduktion anregen. Und daß man heiße Krankheiten nur mit kalten Speisen und kalte Krankheiten nur mit heißen Speisen kurieren kann.

Und auch wenn man bemüht ist, stets nachzufragen, weshalb etwas so und nicht anders geschieht, bleibt vieles unverständlich. Selbst die Ärzte haben oftmals Schwierigkeiten mit der Andersartigkeit ihrer Patienten, da sie zwar Bolivianer sind, man in Bolivien jedoch einer gemischten Kultur begegnet mit indianischen Anteilen und solchen, die zu Zeiten der Kolonialisierung von den spanischen Eroberern tradiert wurden. Ungefähr 80% der Menschen sollen indianischer Abstammung sein, doch eigentlich

haben die meisten mehr oder weniger gemischte Wurzeln. Aymara und Quetchua, die beiden traditionellen Sprachen, werden auf dem Lande häufig, in La Paz nur noch selten gehört, doch gibt es neuerdings Versuche seitens der Regierung, den Gebrauch dieser Sprachen zu fördern.

Neben den Stadt-Land-Unterschieden existieren noch regionale Differenzen und vor allem Schicht- und Rassenbesonderheiten.

Hieraus ergibt sich, daß ein knapp sechswöchiger Aufenthalt lediglich kleine Einblicke verschaffen kann und daß man sobald wie möglich wieder zurückfahren möchte.

„Entschuldigen Sie, können Sie mir bitte sagen, wo entlang geht es nach Borstel?“

von Antje Johannsmeyer

So stand ich am 10.08.98 am Bahnhof von Bad Oldesloe. Gerade aus meinem ersten PJ-Tertial in der Schweiz zurückgekehrt, mein Fahrrad mit vier Taschen voll beladen und den Rucksack auf dem Rücken folgte ich der Wegbeschreibung der DB-Angestellten. Die 16 km lange Tour führte mich mitten durch typisch Schleswig-Holsteiner Landschaft. Je weiter ich mich von Bad Oldesloe entfernte, desto kleiner wurden die Orte. Und dann war ich da.

Das Forschungsinstitut befindet sich auf dem Gelände eines alten Adelsgutes. Das alte, 1751 errichtete Herrenhaus, das mich bei meinem Eintreffen in Borstel so begeisterte, beherbergt heute eine Bibliothek.

Die Medizinische Klinik des Forschungsinstituts Borstel betreibt heute eine Schwerpunktversorgung für Lungenerkrankungen, Infektiologie, Allergologie, Umweltmedizin und Schlafapnoe. Sie verfügt über knapp 100 Betten sowie eine Ambulanz. Hier sollte ich mein Tertial der Inneren Medizin absolvieren, das Tertial, auf das ich am wenigsten Lust hatte: Pillen geben - helfen die einen nicht, dann helfen vielleicht die anderen -, frustrane Versuche, chronisch Kranken eine Linderung ihrer Leiden zu verschaffen, endlose, langweilige Visiten.

So richtig hatte man wohl nicht mit mir gerechnet, und doch hatte ich das Gefühl, herzlich willkommen zu sein. Prof. Zabel wurde mir als oberärztlicher PJ-Ansprechpartner vorgestellt. Die Einteilung wurde nicht durch das Vorhandensein mehrerer PJ-ler kompliziert, und so bekam ich meinen Platz auf der Station 2, einer der zwei allgemein-internistischen Stationen. Mein Stationsarzt präsentierte sich in seiner direkten, freundlichen Sachlichkeit: „Hallo, ich bin Stefan Dewey. Ich werde jetzt einen Beckenkamm punktieren. Kommst Du mit?“

Außer Stefan versorgte auch Steffi die 29 Betten der Station. Beide haben mich vom ersten Tag an voll mit eingebunden. So hab ich mich nie überflüssig gefühlt. Übrigens auch nie ausgenutzt, da es in Borstel die klassische PJ-ler-Maloche nicht zu geben scheint.

Der Arbeitstag beginnt in Borstel um 8 Uhr mit Blutabnahmen und Flexülenlegen bei den Patienten, die für invasive Dia-



gnostik vorgesehen sind. Dann folgt das „Rückgrat“ des internistischen Stationslebens - die Visite, die öfter mal unterbrochen wird durch Bronchoskopien. Diese macht nämlich in der Regel jeder Arzt bei seinen Patienten selbst. Etwa dreimal pro Woche versuchte ich von Anfang bis Ende bei den Visiten dabeizusein, in jedem Falle zu den Oberarzt- und Chefarztvisiten. Diese waren immer gut für neue und überraschende Erkenntnisse und Betrachtungen. Da wurde gedanklich durchgespielt, ob ein Shuttle-Transport vom Hamburger Bahnhof nach Borstel die Bettenauslastung verbessern könnte, da erfuhr ich, daß es in der Türkei ein Gebiet gibt, das eine hohe natürliche Asbestfaserbelastung aufweist, und da wurde über die mit den Jahren klinischer Tätigkeit abnehmende Glaubwürdigkeit und Unschuld von Ärzten gegenüber dem Chef philosophiert. Manchmal kam es aber auch vor, daß „einfach nur“ zehn Komplikationen der Bronchiektasen-Krankheit gefragt waren. Eine besondere Schwäche hatte unser Chefarzt Prof. Schlaak für die Herkunft der Patienten. „Woher kommen Sie? Ach, aus Klein-Irgendwo. Ihr Name kommt mir bekannt vor. Da gab es in meiner Jugendzeit einen Fußballspieler, der im Ausscheidungsspiel der Regionalliga das entscheidende Tor schoß...“ - „Jaja, das war ich!“

An Tagen mit vielen Neuzugängen begann ich dagegen lieber schon mal mit den Aufnahmen. Nach dem eher wenig anspruchs- und verantwortungsvollen

Tertial in der Schweiz tat ich mich ein bißchen schwer mit dem eigenständigen Anordnen von diagnostischen Maßnahmen und Therapien. O-Ton Stefan: „Antje, begreif' es doch, im PJ sollst Du Arzt spielen. Ich kontrolliere schon, was Du machst." Die Motivation zu eigenen differentialdiagnostischen Überlegungen wird in Borstel immer wieder dadurch unterstützt, daß man auch als PJ-ler nahezu jede Untersuchung veranlassen darf, sofern man sie nachvollziehbar begründen kann und die sinnvolle Reihenfolge der diagnostischen Maßnahmen einhält.

Oft habe ich auch die Gelegenheit genutzt und den Vormittag in der Funktionsabteilung (Endoskopie, Lungenfunktionsabteilung, etc.) oder der Ambulanz verbracht, wo ich viel gesehen, manches assistiert und einiges selbst gemacht habe und zu jeder Zeit offene Ohren für meine Fragen fand.

Zwischen 12 und 12.30 Uhr ist meistens Zeit für eine Mittagspause. Wer abnehmen will, sollte das Casino meiden; das Essen ist für eine Großküche ungewöhnlich gut.

Während der Ausbildung macht man ja oft die Erfahrung, daß man jeder Information hartnäckig hinterherlaufen muß, und fragt sich gelegentlich, ob die „richtigen" Ärzte ihr Wissen nicht weitergeben oder ihr Nichtwissen verbergen wollen. In Borstel ist das anders. Außer den „nebenbei abfallenden" Erläuterungen hatte ich zwei- bis dreimal pro Woche Unterricht. Das fand ich außerordentlich anerkennenswert, war ich doch die einzige Studentin dort.

So bin ich in den Genuß von sehr engagiertem Einzelunterricht gekommen. OA Dr. Müller brachte mir die Vielfalt der Aussagen eines Rö-Thorax nahe und ließ sich dabei auch von beharrlichen Pharma-Vertretern nicht aus der Ruhe bringen. OÄ Dr. Lepp erklärte mir, was man durch Pusten alles über die Lunge erfahren kann und versüßte mir die Auseinandersetzung mit Allergenen durch den Einsatz von Kaffee und Snickers. OA Dr. Greinert zeigte mir, wie man sich eine Schneise durch den Wald von EKG-Zacken schlägt anstatt sich darin zu verlaufen und weckte fast so etwas wie Begeisterung für diese unter Studenten eher wenig beliebte Untersuchung. Und Prof. Zabel und Prof. Müller-Quernheim schließlich ordneten, verknüpften und ergänzten in klinischen Visiten mein akademisches Wissensinsel-Chaos mit dem Ziel, es praxistauglich zu machen. Dabei prägte Herr Zabel den Begriff der Hirnstamm-Medizin: In manchen Situationen muß man Entscheidungen fällen können, ohne groß darüber nachdenken zu müssen. Bei Herrn Müller-Quernheim wiederum erfuhr ich Neuestes über die Sarkoidose aus allererster Hand und übte mich unter seiner Anleitung in der Bronchoskopie am Modell.



Wer glaubt, daß es in Borstel schnell langweilig würde, weil ja schwerpunktmäßig Lungenkranke behandelt würden, der irrt sich mächtig. Unter den vielen Patienten mit Asthma, COPD, Lungen-Ca und Tuberkulose fanden sich während meiner 16 Wochen sowohl pulmonale als auch andere internistische "Kolibris", z. B. Patienten mit System- oder Gefäßerkrankungen, die sich ja in ihrer Symptomatik nicht selten pulmonal erstmanifestieren und dadurch in Borstel landen. Weil Borstel kein Akutkrankenhaus ist, habe ich Myokardinfarkte und zerebrale Insulte eher selten erlebt, genauso wie sich dort aufgrund der Schwerpunktgebung der Klinik nur wenig geriatrische Patienten finden. Beides empfand ich nicht als Nachteil. Durch das Fehlen einer Akutversorgung kommt man in der Regel pünktlich aus dem Haus, allerdings gilt für Borstel die gleiche Gesetzmäßigkeit wie anderswo auch: das wirklich Spannende passiert gegen Feierabend, und so blieb ich doch oft länger.

Würde mich jemand fragen, was ich in dieser Klinik am meisten gemocht habe, dann würde ich erzählen von dem freundlichen, kollegialen Miteinander über Ausbildungs- und Hierarchiegrenzen hinweg. Das schafft eine persönliche Atmosphäre, die manchmal das Gefühl von "beschütztem Arbeiten" aufkommen ließen, die aber auch nicht zuletzt von den Patienten empfunden und reflektiert wurde.

Nach diesem Loblied muß man sich eigentlich fragen: Wo bleibt der Haken an der Sache? Ich will ihn nicht verschweigen: Borstel liegt dort, wo sich Fuchs und Hase eine gute Nacht wünschen. Es gibt einen kleinen Laden dort, aber schon für den nächsten ec-Automaten oder eine Post muß man ein Dorf weiter. Das nächste Kino oder Schwimmbad gibt es in Bad Segeberg. Dorthin fährt in akzeptablen Abständen ein Bus.

Wen es nicht stört, zweimal täglich mindestens eine Dreiviertelstunde auf der Straße zu verbringen, der kann natürlich pendeln. Ich habe es vorgezogen, mich für 115 DM in einem Wohnheimzimmer auf dem Gelände einzurichten, zumal meine "Einzelhaft" in Borstel durchaus kalkuliert war. Ein Ort, der wie geschaffen ist dafür, die Promotionsarbeit auf den Weg zu bekommen. Die oben erwähnte Bibliothek erwies sich dabei von unschätzbarem Wert. Dort findet man nicht nur einen umfangreichen Bestand an einschlägigen medizinischen und biowissenschaftlichen Zeitschriften, sondern sogar einen Internetzugang (!!!).

Sollte einem doch mal die Decke auf den Kopf fallen, dann bietet sich die Umgebung ideal zum Laufen und Radfahren an. Ich habe mein außerklinisches Standbein bei den Handballerinnen der SG Nahe/Oering gehabt.

Da es mir nicht gelingen wird, dem Text eine abschließende Zusammenfassung in einem Satz zu geben, sage ich nur: Geht und probiert es selber aus!

Famulatur, Forschung und Public Health Projekte im Ausland?

Der Deutsche Famulantenaustausch - dfa - stellt sich vor!

Auslandsaufenthalte bedeuten, andere Kulturen kennenzulernen, Sprachen zu sprechen, andere, teilweise exotische Medizin zu sehen, anders funktionierende Studiensysteme zu betrachten, interessante Menschen zu treffen, Abenteuer zu erleben, den Horizont zu erweitern.

Der ***dfa*** ist ein gemeinnütziger, studentischer Verein, der mit finanzieller Unterstützung vom Auswärtigen Amt und DAAD internationale Austauschprogramme für Medizinstudierende durchführt. Wir ermöglichen ca. 500 deutschen Studierenden jährlich, Famulaturen und wissenschaftliche Praktika im Ausland zu absolvieren.
Im Gegenzug betreuen wir etwa die selbe Anzahl ausländischer Gaststudierender in Deutschland.

Der ***dfa*** bietet im Rahmen seiner Mitgliedschaft im Weltdachverband der Medizinstudierenden (**IFMSA**- International Federation of Medical Students' Associations) zwei Programme an:

- Austauschprogramm für Krankenhausfamulaturen
- Research Exchange Programm.

Research Exchange ist ein intensives, speziell auf die Interessen der Studierenden zugeschnittenes Programm. Ihr werdet für eineinhalb bis sechs Monate in klinische Kurse, klinische Studien oder andere Forschungsprojekte integriert und dürft Eurem Wissensstand entsprechend mitarbeiten! Ca. 1000 verschiedene Projekte und Kurse in ca. 25 Ländern stehen zur Auswahl. Das Spektrum erstreckt sich von Ultraschallkursen in Finnland über Malariaforschung in Brasilien bis zum Erlernen von PCR in Ungarn. Dieses Angebot richtet sich explizit auch an VorklinikerInnen, da das Angebot auch Grundlagenfächer wie Anatomie, Physiologie und Biochemie beinhaltet.

Desweiteren laufen über die IFMSA, von Medizinstudierenden geleitet, Public Health Projekte in verschiedenen Ländern der Welt. Die Schwerpunkte sind unterschiedlich. So gibt es Refugee-Projekte, Medical Health Care, Aufklärungskampagnen etc. Auch für diese Projekte könnt Ihr Euch über den dfa bewerben.

Wer über den dfa ins Ausland möchte, hat mit der Bewerbung nur wenig Sorgen und den Vorteil, daß Wohnung sowie Verpflegung vom jeweiligen Partnerland organisiert und finanziert werden. Unsere Partnerorganisation sorgt für den richtigen Rahmen mit einem "social program" und betreut Euch im Gastland. Da meist gleichzeitig viele andere ausländische Studierende am selben Ort sind, wird der Aufenthalt immer sehr international.

Wichtig zu wissen ist auch, daß der dfa Fahrtkostenzuschüsse vergibt. Bedingungen sind eine Famulatur oder Projekt von mindestens 60 Tagen Dauer, mindestens 4. klinisches Semester und Aufenthalt im außereuropäischen Ausland. Diese Zuschüsse könnt Ihr auch beantragen, wenn Ihr Eure Famulatur selbst organisiert oder für das PJ ins Ausland wollt!

Falls Ihr Interesse habt und weitere Informationen wünscht, so kommt in unserer Lokalvertretung vorbei. Auf der homepage von dfa oder IFMSA sind ebenfalls viele Informationen zu den Programmen und den Bewerbungsmodalitäten enthalten (http://www.dfa.media4u/dfa bzw. http://www.ifmsa.org).

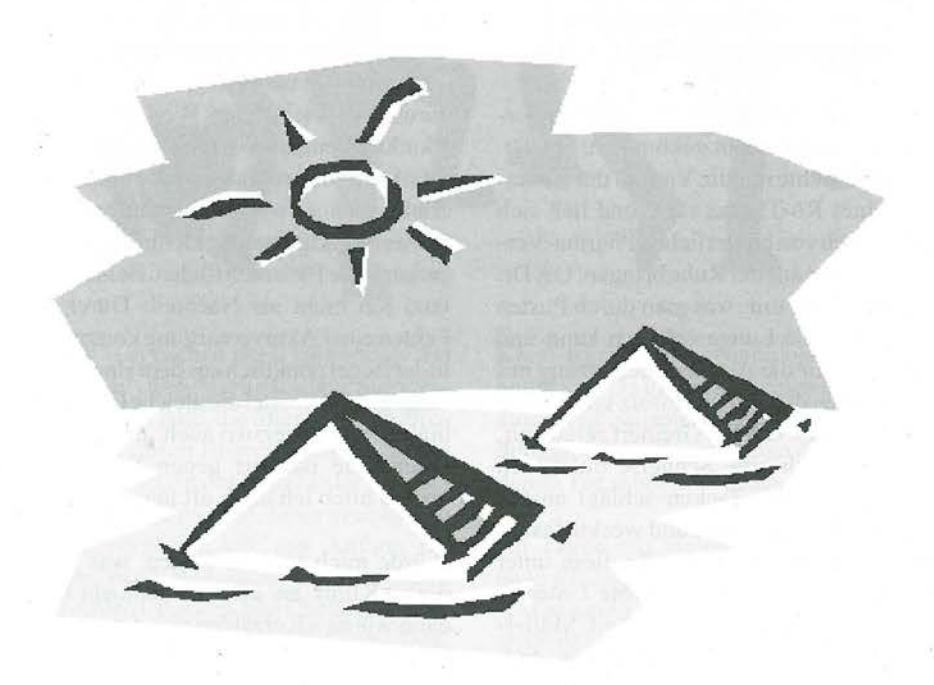
Die Bewerbungsfristen für Famulaturen und Fahrkostenzuschüsse von Juli bis Dezember ist der 1. Februar. Für die Monate Januar bis Juni ist die Anmeldefrist der 1. Oktober des Vorjahres.

Für Research Projects ist der Bewerbungsschluß drei Monate vor Beginn. Aber auch hier gilt: je früher, desto besser.

Unsere Lokalvertretung in Lübeck hat neue Öffnungszeiten: Dienstag von 11h-12.30h und Donnerstag von 11h-12.30h. Sie befindet sich im AStA-Gebäude.

dfa Lübeck: Helen Burmester (5.Sem.), Marc Birnbaum (5.Sem.) Lara Hildebrand (10.Sem), Nina Handal (9.Sem.), Frank Fuchs (7.Sem), Jan-Dirk Studt (7.Sem.)

Frank Fuchs





IFMSA

Schon wieder so ein Kürzel, mit dem (fast) niemand etwas anfangen kann.

Also: Es steht für „International Federation of Medical Students' Associations“, d.h. für die Internationale Medizinstudierendenvereinigung, zu der wir als Studierende der Medizin gehören.



International Federation of Medical Students' Associations

Die deutsche Delegation, zusammengesetzt aus dem dfa (Deutscher Famulanten Austausch) und der Fachtagung Medizin (Zusammenschluß der Fachschaften Medizin), mit ihren jeweiligen Vertretern, arbeitet während der halbjährlich stattfindenden Treffen in verschiedenen Arbeitsgruppen, sog. „standing commitees“ (sc). Es gibt 6 sc`s , die ich im weiteren näher beschreiben möchte. Auf Vollständigkeit muß ich in der Kürze verzichten, doch ihr könnt jederzeit nachfragen.

SCOPE = Standing Commitee on Professional Exchange
In diesem Komitee werden die gesamten klinisch orientierten Austauschprogramme vorgestellt und anschließend Verträge mit anderen Ländern gemacht, damit wir unsere Famulaturen im Ausland machen können. Bei der dfa-Lokalvertretung, die Ihr im AStA-Gebäude findet, könnt Ihr Euch die Programme ansehen und Euch auch darüber informieren.

SCORE = Standing Commitee on Research Exchange
Hier werden, wie der Name schon sagt, Famulaturen angeboten, bei denen man an Forschungsprojekten in anderen Ländern teilnehmen kann.

SCOPH = Standing Commitee on Public Health
In diesem Komitee werden unterschiedliche Projekte angeboten, die den Bereich Public Health umfassen. Insbesondere wurde das sog. „Village Concept“ in Zusammenarbeit mit der WHO konzipiert. Nach diesem Konzept laufen einige Projekte z.B. in Uganda, Sudan und Ghana, an denen Studierende aus aller Welt teilnehmen können. Nähere Infos im AStA-Auslandsreferat.

SCOME = Standing Commitee on Medical Education
Es ist ein Forum für Diskussionen zu verschiedenen Lehr- und Lernmethoden in der Medizin und Inhalten der Curricula. Laufende Projekte sind die Lehrevaluation und das "Book-Aid-Project".

SCORP = Standing Commitee on Refugees and Peace
Dieses sc hat sich zum Ziel gesetzt, auf Konflikte in der Welt aufmerksam zu machen und Medizinstudierenden die Möglichkeit zu geben, in Flüchtlingscamps mitzuarbeiten. Dafür existieren einige Projekte, und es wurde eine Landminenausstellung organisiert, die letztes Jahr in Lübeck zu sehen war. Ich sage nur: Auslandsreferat.

SCORA = Standing Commitee on Reproductive Health including Aids
Es wird versucht, auf die Problematik Aids durch Aktionen, Workshops und ähnliches aufmerksam zu machen. Zum Beispiel liefen dazu letztes Jahr 3- bzw. 4-wöchige "Electives" in München und Hannover, bei denen man zum einen in einer Klinik, Ambulanz oder Pflegestation mitarbeitete und zum anderen Vorträge zum Thema besuchte. Andere Projekte zum Thema aus anderen Ländern könnt ihr fast jederzeit erfragen.

Zwei Projekte möchte ich nun näher vorstellen, da sie u.a. in Lübeck koordiniert werden und ohne Mitstreiter(innen) schwer bzw. nicht mehr laufen können.

Angelika Mayer

Community Based Primary Healthcare project in the Shyanda Commune – Rwanda

Dieses Projekt wurde bei einem internationalen Workshop über „Human Rights" in Uganda ins Leben gerufen, danach weiter modifiziert und mit Daten untermauert. Im August dieses Jahres wurde es auf einem Treffen der IFMSA (International Federation Of Medical Students Associations) als ein internationales Projekt anerkannt.

Es hat zum Ziel, die Gesundheitsbedingungen von Witwen, Waisen und anderen in Shyanda zu verbessern: Gesundheitsbewußtsein, Erziehung und Vorsorge stehen im Vordergrund.

Ruanda ist ein Land in Zentral-/Ostafrika, klein, hügelig und dicht bevölkert. Es hat gerade erst den Krieg und den Genozid, der sich 1994 ereignet hat, überwunden. Immer noch zählt es zu den Hauptkrisengebieten der Welt. Es ist ein Entwicklungsland mit sehr niedrigen Gesundheitsindikatoren: auf einen Arzt kommen 60 000 Patienten (!), Gesundheitseinrichtungen sind spärlich, die Kindersterblichkeit liegt bei 161 von 1000 und die Lebenserwartung bei 47 Jahren.

Shyanda ist ein bäuerliches Gebiet, die Bevölkerung besteht seit dem Genozid hauptsächlich aus Witwen und Waisen. In Ruanda sind 64% der verheirateten Frauen Witwen. Unterernährung und mangelnde Fürsorge sind einige der Probleme, mit denen Kinder und Erwachsene täglich zu kämpfen haben.

Was können wir in Lübeck nun tun?

Dem Projekt liegt das „Village Concept", das 1996 von internationalen Studierendenvertretern in Zusammenarbeit mit der WHO erarbeitet wurde, zugrunde. Es sieht vor, daß Studierende aus unterschiedlichen Ländern in einem Dorf oder einer Gemeinde mit der einheimischen Bevölkerung an der Verbesserung des dortigen Lebensstandards arbeiten. Dazu erarbeiten die Studierenden des jeweiligen Landes einen Projektvorschlag und suchen anschließend ein Unterstützerland auf internationaler Ebene. Die lokale Koordinierungsgruppe (hier: Ruanda) stellt den Kontakt zur Dorfbevölkerung her und organisiert das Projekt vor Ort (Unterkunft, Transport, Materialbeschaffung etc.). Das Unterstützerland sind in unserem Fall zwei : England und Deutschland. Die internationale Arbeitsgruppe ist verantwortlich für die Öffentlichkeitsarbeit, die Information anderer Universitäten weltweit, die Auswahl der TeilnehmerInnen und die Sponsorensuche. Eine Delegation der internationalen und der lokalen Koordinationsgruppe arbeitet mit der Dorfbevölkerung vor Ort die konkreten Ziele und den Zeitplan aus.

Da die Aufgaben für uns als Unterstützerland sehr vielseitig und auch aufwendig sind, suche ich viele interessierte Studierende, die Spaß an Projektarbeit haben und sich für Enwicklungspolitik begeistern können.

Damit wir uns vielleicht schon bald treffen können, meldet Euch doch bei mir unter der Tel.Nr. 7063310 oder im AStA.

Angelika Mayer

Book Aid Project **(SCOME)**

Dieses Projekt wurde ins Leben gerufen, nachdem sich in Diskussionen herausstellte, daß in vielen Ländern das Fehlen von Lehr- und Lernausrüstung ein größeres Problem ist als die Reform des Medizinstudiums. Die Idee wurde geboren, second-hand- und neue Medizinbücher in westlichen Ländern zu sammeln, um sie dann dorthin zu schaffen, wo sie gebraucht werden.

Wir haben uns in Lübeck mit unserer Partneruni in Tartu/Estland zusammengetan. Da viele Esten gut deutsch lesen und sprechen können, ist die Sprache nicht so sehr das Hindernis. In der dortigen Bibliothek kann man nun seit geraumer Zeit unsere Bücher lesen und ausleihen.

Damit dieses Projekt weiter laufen kann, bitte ich euch, alte Bücher (nicht älter als 10 Jahre!)doch nicht einfach wegzuschmeißen, sondern im Auslandreferat des AStA vorbeizubringen. Die Professoren bitte ich, ihre Regale einmal durchzuschauen, ob nicht alte oder von ihnen nicht gebrauchte Bücher nach Tartu reisen können. Falls zudem noch jemand nach Estland fahren sollte und einige Bücher dorthin mitnehmen könnte, wäre das wunderbar.

Also: Ran an die Bücher und vielen Dank für eure Mitarbeit!

Angelika Mayer



Lübeck

Nur ein Beispiel ...

April 1994: Täglich überschütteten neue Nachrichten und neue Bilder von Massakern in Ruanda unsere Fersehbildschirme: Menschen verstümmelt – Menschen vor dem Nichts. Was hat sich seitdem getan? Was wurde aus den unzähligen Hilfsaktionen, die damals in der allgemeinen Erschütterung über den Völkermord ins Leben gerufen wurden? Wie geht es der Bevölkerung jetzt?

Seit August 1998 beschäftige ich mich mit diesen und anderen Fragen. Doch irgendwie scheinen alle Berichte, die ich finden kann, spätestens seit Mitte 1995 ins Leere zu laufen. Es ist fast unmöglich, aktuelle Daten zu bekommen. Hat sich also nichts geändert?

Ich denke schon. Nur die Weltöffentlichkeit interessiert sich nicht mehr dafür. Liegt es daran, daß es dort keine Ölvorkommen gibt, oder gibt es andere Beweggründe für das Stoppen von humanitärer Hilfe? Genau kann das wohl niemand beantworten.

Wenn man Ruandaexperten verschiedener Organisationen glauben darf, wird jederzeit mit einem erneuten Ausbruch des alten Konfliktes gerechnet. Auch das Auswärtige Amt rät dringend davon ab, in dieses Land zu reisen. Wenn, dann nur bei täglicher Rückmeldung in der Botschaft in Kigali. Sieht so die Lösung eines Konfliktes aus? Wurde überhaupt nach soviel Presserummel von unseren Weltorganisationen/-polizisten etwas unternommen? Den mir vorliegenden Berichten zufolge haben sich viele Regierungen aus der Verantwortung gezogen und keinen Druck auf UN oder ähnliche Organisationen ausgeübt, keine finanzielle Hilfe zur Intervention zur Verfügung gestellt und nicht dafür gesorgt, daß Täter vor ein internationales Gericht gestellt wurden.

Mir geht es jedoch heute darum, Euch die Menschen und ihre Probleme näherzubringen und über unsere Möglichkeiten nachzudenken.

Ruanda ist für mich ein Beispiel, das natürlich für viele Länder stehen kann. Sei es Somalia, Angola, Nepal, Kosovo oder eines der unzähligen anderen. Für uns sollte dies keinen Unterschied machen, obgleich die Probleme unterschiedlich sind. Nun also zu unserem Beispiel:

„Grüne Hügel, so weit das Auge reicht, blaue Berge am Horizont, Menschen, die vorwiegend von Land- und Viehwirtschaft leben, und, zumindest bis Mitte der achtziger Jahre, politische Stabilität und wirtschaftliche Fortschritte. – Das alles trug der Region um die Großen Seen bei deutschen und belgischen Kolonialherren, Entwicklungshelfern, Journalisten und Afrikareisenden den Beinamen „Schweiz Afrikas" ein. Seit dem Völkermord 1994 hat sich daran einiges geändert. Die genaue Zahl der Toten wird kaum jemals festzustellen sein. 500.000 oder 800.000 oder gar eine Million. Ist die Zahl von Belang? Wichtig festzustellen ist, daß es passiert ist, daß Menschen umgebracht wurden aus unterschiedlichsten Gründen, und eine ethnische Säuberung von beiden Seiten als oberster Grund „angegeben" wurde. In den Medien wurde immer wieder auf alte Stammesfehden verwiesen, die wieder ausgebrochen seien und deswegen für uns schwer nachvollziehbar wären. Die tatsächlichen Hintergründe sind jedoch viel komplexer und reichen bis weit in die Kolonialzeit zurück. Uns Deutsche betrifft sie insofern, als daß Ruanda im Jahr 1912 Besitzung des deutschen Kaiserreichs (als Teil von Deutsch-Ostafrika) wurde und Rassenideologien, die in Europa aufkamen, auf die dortige Bevölkerung übertragen wurden. Außerdem hat bekanntlich auch bei uns ein Genozid stattgefunden.

RWANDA
Kigali
Bujumbura
BURUNDI

Dieser Problematik müssen wir uns ja auch immer wieder stellen, wenn wir z.B. ins Ausland reisen und uns dort mit den Leuten unterhalten. Wem ist dies nicht schon passiert? Letztlich ist es auch für uns gut, sich der Geschichte, auch wenn wir sie selbst nicht mit verursacht haben, bewußt zu werden. Vor allem in Zeiten aufkommender Fremdenfeindlichkeit.

Wie also muß es den Menschen gehen? Zermürbt einerseits von dem Bürgerkrieg und andererseits von den Folgen einer stattgefundenen Rassentrennung. Da diese de facto nicht machbar war, wurden irgendwann Merkmale einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zugeordnet (bei uns damals z.B. die „Judennase"), die natürlich immer noch in den Köpfen der Menschen verankert sind. Ganz abgesehen von den Qualen und Erniedrigungen, die viele über sich ergehen lassen mußten. Niemand kann mehr dem anderen trauen, denn er/sie könnte ja von der gegnerischen Seite sein. Die psychotraumatischen Folgen können in ihrem Ausmaß jetzt noch nicht abgesehen werden.

Dieses Beispiel möchte ich hier nicht weiter fortführen. Vielmehr möchte ich anregen, bestimmte Dinge auf unseren Bildschirmen zu hinterfragen und vor allem an die Menschen bzw. die Menschlichkeit zu denken.

Angelika Mayer

Der Kaffee-Report

Nachdem in der letzten *bauchpresse* über die Idee des „fairen Handels" berichtet und eine kurze Einführung in das Thema gegeben wurde, soll jetzt auf ein besonders wichtiges Produkt das Augenmerk gerichtet werden: Kaffee.

Kaffee hat zwei Seiten. Auf der einen findet man die duftende Tasse, die die „Krönung" des Tages darstellt und die uns reichlich durch die Werbebranche präsentiert wird. Auf der anderen Seite stehen die Menschen, die die Kaffeepflanzen anbauen und die sich selber nur selten eine Tasse Kaffee leisten können.

In Deutschland trinkt jede/jeder durchschnittlich täglich vier Tassen Kaffee. Es wird annähernd soviel Kaffee getrunken wie Bier und Wein und Tee zusammen. Damit ist klar: Kaffee ist ein Riesengeschäft. Wertmäßig nimmt es nach dem Erdöl die zweite Stellung im Welthandel ein. So belief sich der Kaffeehandel in der BRD 1991 auf rund 7,5 Mrd. DM. Das besondere daran: er wird im wesentlichen von sechs Konzernen betrieben. Diese können die Preise mitbestimmen und sorgen dafür, daß der Verdienst bei ihnen und den Zwischenhändlern hängenbleibt. Für die Kaffeebauern bleibt nur das Nötigste. Tatsache ist, daß nur 5% von dem, was wir im Laden bezahlen, bei den Produzenten ankommt.

Der größte Kaffeexporteur ist Brasilien, das einen Marktanteil von fast 30% hat. Eine Mißernte in Brasilien (oder auch nur die Gerüchte darüber) sorgen dafür, daß die Preise in die Höhe schießen. Eine gute Ernte hingegen sorgt für einen Einbruch des Kaffeeweltmarktpreises. Für Brasilien macht Kaffee allerdings weniger als 10% der gesamten Exporte des Landes aus. Ein Preisverfall kann durchaus verkraftet werden. Einige Länder hingegen - speziell in Afrika - wie Uganda, Burundi und Ruanda haben nur einen sehr geringen Anteil am Weltmarkt, können die Preise also nicht mitbestimmen. Für sie stellt Kaffee dennoch das wichtigste Exportgut dar - mit einem Anteil von über 50%. Man kann sich unschwer vorstellen, was niedrige Kaffeepreise für diese Länder bedeuten.

Zur Zeit ist der Kaffeepreis wieder ziemlich weit unten. Kostete noch vor 1 1/2 Jahren ein Pfund billigen Albrecht-Kaffees bei Aldi noch 9,50 DM, so kriegt man mittlerweile „guten" Tchibo-Kaffee für 5,50 DM das Pfund. Fakt ist, daß sich der Kaffeepreis in den letzten zwei Jahren halbiert hat.



Sind die Weltmarktpreise niedrig, können die Kaffeeproduzenten mit dem Verkauf ihrer Ernte oft kaum ihre Unkosten decken. Investitionen sind nicht möglich, und der oft miserable Lebensstandard der Produzenten bleibt wie er war. Aber selbst Zeiten hoher Weltmarktpreise sind für die Bauern nicht unbedingt der reinste Segen. Die Mehreinnahmen kommen nämlich bei den Produzenten leider nicht direkt an. Ein Teil fließt als Zölle an Regierungen; staatliche Vermarktungsorganisationen, wie man sie häufig in Afrika findet, nehmen sich



auch einen Teil des Kuchens und last but not least auch die lokalen Zwischenhändler und Exportfirmen. Was dann noch übrigbleibt kommt den Bauern zugute.

Diese stehen dann allerdings vor einem gewaltigen Problem, denn wenn sie die Mehreinnahmen in neue Kaffeesträucher investieren und damit diejenigen ersetzen, die in Zeiten niedriger Preise vernachlässig wurden, wird dies in absehbarer Zeit zu einer weltweiten Überproduktion führen, die wieder die Preise sinken läßt. Es ist wie ein Teufelskreis, aus dem es scheinbar kein Entkommen gibt

Eine etwas andere Gefahr liegt darin, daß in Zeiten höherer Weltmarktpreise die Zwischenhändler verstärkt aktiv werden, den Bauern direkt den Kaffee abkaufen und auf diese Weise die Kooperativen umgehen. Das klingt zunächst nicht besonders bedrohlich, doch sollte man die Funktion der Kooperativen bedenken. Diese wurden und werden gegründet, um die Position der Kleinbauern gegenüber den Zwischenhändlern zu stärken. Sie haben nicht nur rein kommerzielle Aufgaben, sondern vergeben oftmals Kredite an die Produzenten, importieren und verteilen Produktionsmittel (Dünger, Arbeitsgeräte, Pestizide usw.), unterhalten Transportflotten und organisieren auch Ausbildung und Schulung. Indem die Zwischenhändler die Bauern mit höheren Preisen locken und das Geld sofort bar auf die Hand legen (die Kooperativen können den Bauern natürlich das Geld erst nach dem Verkauf des Kaffees an die Zwischenabnehmer zukommen lassen) hebeln sie die sozial sehr wichtige Bindung zwischen den Produzenten und den Kooperativen aus. In Zeiten schlechterer Preise sind die Bauern dann von den Zwischenhändlern in einem höheren Maße abhängig, da die Kooperativen geschwächt worden sind.

Trotz teilweise hoher Kaffeepreise bleibt die Lage der Bauern also fast durchgehend schlecht. Um ihre mißliche Situationen zu verbessern, wären mehrere Aspekte zu beachten:

1. Höhere Preise - Es geht nicht nur darum, Unkosten zu decken, sondern den Menschen in den Erzeugerländern einen fairen Preis für ihre Produkte zu bezahlen.

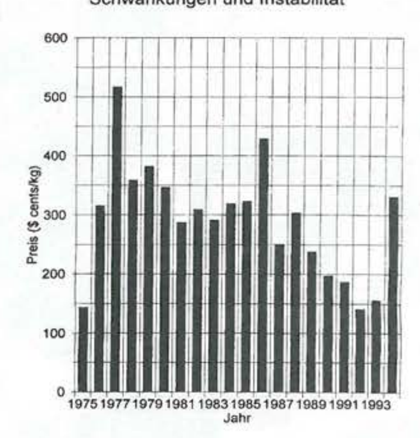
2. Ankauf bei den Kooperativen - Mit ihrer wichtigen sozialen Funktion vertreten sie Kleinbauern, sind weitestge-

hend demokratisch strukturiert und von staatlichen Einrichtungen unabhängig.

3. Langfristigkeit der Verträge - Zukunftsplanung und Zukunftsinvestitionen können natürlich nur dann stattfinden, wenn man sich darauf einstellen kann, daß die Einnahmen in den kommenden Jahren sich auf einem ähnlichen Level bewegen werden und man nicht den extremen Schwankungen des Weltmarktes ausgeliefert ist.

An allen diesen Punkten greift der „faire Handel" an. Man geht z.T. auch deutlich weiter und fördert den ökologischen Landbau, der u.a. auf chemische Dünger verzichtet. Dies hilft nicht nur der Umwelt und dem Produkt, sondern auch den Bauern, die weniger Schadstoffen ausgesetzt sind.

Kaffeepreise 1975-1994
Schwankungen und Instabilität



Welche Vorteile der faire Handel für die Produzenten bietet, kann man am Beispiel von UCIRI sehen. Dieses Jahr feierte diese Kooperative in Mexiko ihr 15-jähriges Bestehen. Der von UCIRI produzierte Kaffee aus ökologischem Anbau wird seit 1987 von der gepa vertrieben und von Naturland mit dem Naturland-Zeichen für ökologischen Anbau ausgezeichnet. Während der 15 Jahre hat sich viel verändert. Das Jahreseinkommen pro Kopf, das früher 240$ betrug, hat sich mittlerweile mehr als verdoppelt. Die Kaffeebauern verfügen außerdem über Schulen, eigene Lagerhallen, Transportmittel, moderne Verarbeitungsanlagen und können ihrer Jugend eine solide Berufsausbildung zukommen lassen.

The hurricane that devastated Central America killed thousands and slaughtered the hopes of millions

Dies ist kein Märchen, sondern die Erfolgsgeschichte einer Idee und der Menschen, die sich dafür eingesetzt haben. Und UCIRI ist kein Einzelfall...

Leider sind viele ähnliche Projekte jetzt in sehr großer Gefahr. Diesmal ist allerdings nicht die Großindustrie schuld, sondern ein Hurrikan namens „Mitch". Er tobte in Mittel- und Südamerika und hat schwerste Schäden angerichtet. Einige Länder sind durch die Naturkatastrophe um bis zu zwanzig Jahre in ihrer Entwickung zurückgeworfen worden (Honduras Präsident Carlos Flores hat den Schaden für sein Land auf mindestens 2 Milliarden Dollar geschätzt!). Für diese ohnehin sehr armen Ländern ist das ein furchtbarer Rückschlag, von den vielen Opfern des Hurrikans ganz zu schweigen. Allein in Nicaragua und Honduras wird die Anzahl der Todesopfer auf 10.000 geschätzt, über 2 Millionen Menschen sind obdachlos geworden. Nicaragua und Honduras sind besonders betroffen, aber auch der Süden Mexikos, Guatemala, Belize, El Salvador und Costa Rica hat es schwer erwischt. Von der Region Matagalpa im Norden Nicaraguas wird z.B. berichtet:

„Matagalpa ist von Managua aus über den Landweg nicht zu erreichen, da drei Brücken zerstört wurden. Einige Ortschaften im Inneren der Region sind kaum zugänglich, weil Zufahrtwege nicht mehr existieren. Seit einigen Tagen hat Matagalpa weder Elektrizität noch Wasser, und da auch Brennstoffe fehlen, ist die Situation wirklich dramatisch. Weil die Bohnen- und Maisernte völlig zerstört ist, werden die Lebensmittel knapp und Spekulanten bekommen das Vielfache für diese Produkte." (Carlos Murillo Solano, Berater des Kooperationsverbandes CECOCAFEN, Presse-Information der gepa vom 10.11.98)

Volksgetränk Nr.1
Liter pro Kopf und Jahr: Bier 131,7l – Wein 18,2l – Kaffee 164,5l – Tee 25,5l

Auch der Kaffeeanbau ist von „Mitch" teilweise stark betroffen, und selbst da, wo die Felder noch stehen, ist durch andere Auswirkungen des Hurrikans die Ernte gefährdet oder es fehlen ganz einfach die Straßen, um die Ernte irgendwo hinzutransportieren. Wie auch immer - die Lage ist verzweifelt und die Länder Mittel- und Südamerikas werden noch lange auf unsere Hilfe angewiesen sein.

Wer helfen möchte und daran interessiert ist, daß es auch in folgenden Jahren fair gehandelten Kaffee gibt, dem seien hier einige Möglichkeiten gegeben: Caritas und Naturland betreuen ein Projekt in Chiapas/Mexiko. Dort haben Kleinbauern mindestens 60% ihrer Ernte und die Hälfte ihrer Pflanzen verloren. Spenden kann man an den Deutschen Caritasverband, Konto-Nr. 202753, Postbank Karlsruhe (BLZ: 660 100 75), Stichwort „Chiapas". Gepa und Misereor betreuen mehrere Projekte gemeinsam. Mit den Spenden soll den Kooperativen in Nicaragua, Honduras und Mexiko geholfen werden, die von gepa betreut werden und die durch den Hurrikan schwer getroffen wurden. Mit dem Vermerk „FT-Nicaragua", „FT-Mexiko" oder „FT-Honduras" kann man Spenden an Misereor Aachen, Konto-Nr. 1000 556 013 bei PAX-Bank eG (BLZ 391 601 91).

Vergeßt nicht: Frieden und Gerechtigkeit auf der Welt kann es nur dann geben, wenn wir den Menschen im Süden das geben, was sie verdienen.

mf

P.S. Fair gehandelten Kaffee gibt es auch im AStA!

"Lübecker Nachrichten" verleumden Studierende

Ein paar Worte darüber, worum es geht: Die Lübecker Nachrichten hatten die „Hochschulstadt Lübeck“ zu ihrem „Thema des Monats“ für November 1998 erklärt. Am 18.11. erschien in dieser Reihe ein Artikel über die MUL mit der Überschrift „Ein lübsches Kleinod“. Dieser Artikel, der bei vielen Studierenden der MUL Unmut auslöste, veranlaßte den AStA, sich weiter kritisch mit der Berichterstattungsweise des Blattes auseinanderzusetzen und Konsequenzen für das Verhältnis zu den LN ins Auge zu fassen. Als ersten Schritt beschloß er, der Einladung zu einer von den Lübecker Nachrichten veranstalteten Gesprächsrunde („Trave-Treff“) Ende November nicht zu folgen und die Gründe dafür den anderen eingeladenen Gästen gegenüber zu erläutern.

rk

Mittwoch, S. 18 11. November 1998 LN



Thema des Monats — November

Hochschulstadt Lübeck

Die Lübecker Nachrichten setzen Monat für Monat einen besonderen Schwerpunkt – das Thema des Monats. Den November hindurch heißt es: Hochschulstadt Lübeck. Immer sonntags, mittwochs und freitags informieren wir in elf Folgen über die Angebote und Aufgaben von Fachhochschule Lübeck, Medizinischer Universität zu Lübeck und Musikhochschule Lübeck. Dazu stellen wir Studierende und Lehrende, Verwaltungs- und Bildungsfachleute vor. Mitreden können Sie beim LN-Trave-Treff am 30. November im Radisson SAS Senator Hotel. Heute lesen Sie: die Medizinische Universität zu Lübeck.

Ein lübsches Kleinod

Von ANDREAS OELKER

„Lübecks Uni eine Oase für ewige Studenten“ fragten die LN jüngst, als wieder einmal eine der zahlreichen bundesweiten Universitäts-Erhebungen nach regionalen und lokalen Gesichtspunkten auszuwerten war.

Die scheinbar überdurchschnittliche „Beliebtheit“ der Medizinischen Universität zu Lübeck (MUL) bei ihren derzeit 1938 Studenten und deren langjährige Verbundenheit mit den 274 habilitierten Hochschullehrern sowie 965 wissenschaftlichen MUL-Mitarbeitern leitete sich daraus ab, daß angehende lübsche Mediziner durchschnittlich 13 Semester studieren – im Einzelfall kommen da unter geschätzten 70 „Marathon-Medizinern“ schon mal 41 Fachsemester zusammen. Paradiesische Verhältnisse an der Ratzeburger Allee?

Ganz so weit ist es mit der vermeintlichen MUL-Herrlichkeit nun doch nicht her, auch wenn deren altgediente Absolventen mit ihren Prüfungsergebnissen bundesweit im Spitzenfeld der 36 medizinischen Fakultäten rangieren: Die lange Verweildauer ist einfach damit zu erklären, daß das schleswig-holsteinische Hochschulrahmengesetz im Gegensatz zu anderen Nachbarländern zuläßt, mißratene Prüfungen nahezu beliebig oft wiederholen zu dürfen.

Sei's drum. Die vor 34 Jahren als Medizinische Akademie gegründete, 1973 in eine wissenschaftliche Hochschule umfunktionierte und 1985 zur Medizinischen Universität umgewidmete Einrichtung erfreut sich aufgrund ihrer familiären Lehr- und Lernatmosphäre reger Nachfrage.

Eindeutiger „Renner“ unter den insgesamt sechs möglichen Studiengängen an der Medizinischen (39 Institute und Kliniken) und der Technisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät (17 Institute) ist die Informatik, die seit 1993/94 als grundständiger Studiengang im MUL-Angebot zu finden ist und mit dem Diplom abgeschlossen wird (Nebenfächer: Medizininformatik, Biomathematik, Bioinformatik und Elektrotechnik). Unter den 283 Erstsemestern hatten sich rekordträchtige 87 Neulinge für diese Fachrichtung eingeschrieben. Um diesem erfreulichen Andrang langfristig gerecht zu werden und auch räumlich zeitgemäß arbeiten zu können, steht der Neubau eines Informatikgebäudes auch mit auf dem MUL-Wunschzettel.



Ihr Herz schlägt für die Medizinische Universität zu Lübeck (v.l.): Der MUL-Dekan Professor Dr. Manfred Oehmichen und die Studenten Ursula Martin, Krister Akesson, Kirsten Liedtke, Kerstin Stahl und Jörg Hermann. Foto ALICE KRANZ-PÄTOW

„Studieren heißt auch, seinen eigenen Weg zu suchen“ hatte Professor Wolfgang Kühnel „seinen“ aktuellen Erstsemestern als MUL-Rektor bei deren Begrüßung zwar erklärt. Aber ganz so wörtlich will Uni-Pressesprecher Rüdiger Labahn die Sache mit den Wegen doch nicht aufgefaßt wissen: „Die Informatik-Institute sind zur Zeit auf vier verschiedene Standorte innerhalb Lübecks verteilt. Sowohl für Forschung als auch für Studienbetrieb resultieren daraus erhebliche Behinderungen und Nachteile.“ Daher sei eine zügige Zusammenlegung der bisher an MUL, ehemaliger Seefahrtsschule an der Wallstraße, Seelandstraße und Osterweide beherbergten „Informatik-Sparten“ sowie der baldige Baubeginn für das gemeinsame Hörsaalgebäude – Audimax für MUL und FHL – unabdingbar.

Mit der „klassischen“ Humanmedizin (seit 1983/84), der Zellbiologie (seit 1987/88), dem Technischen Gesundheitswesen (seit 1985 als gemeinsames Angebot mit der Fachhochschule Lübeck), dem Fernstudium (als Unterstützung der Fernuniversität-Gesamthochschule in Hagen) sowie dem Studium generale (seit 1983 mit Unterstützung der Hanseatischen Universitätsstiftung zu Lübeck) wird das Studienangebot an der MUL abgerundet.

Nicht nur angesichts der nahenden Weihnachtszeit verweist Labahn auf den „MUL-Wunschzettel“ und erklärt im Hinblick auf die Sorgen und Nöte im klinischen Bereich: „Auch der Orthopädie-Neubau ist überfällig, denn die Betten dieser Klinik sind immer noch auf die Standorte MUL, Priwall-Krankenhaus und Eutin verteilt. Außerdem entspricht auch die Unterbringung der sogenannten „Kopffächer“ leider noch nicht den räumlichen Standards eines Uni-Klinikums.“ Damit spielt Labahn auf die längst vorgesehenen, aus finanziellen Erwägungen seitens des Landes aber vorerst auf Eis liegenden Erweiterungen des Zentralklinikums für die Augenheilkunde, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie Neurologie und Neurochirurgie an.

Zukunftsmusik für die lübsche Uni-Szene ist dagegen noch der seit gut einem Jahrzehnt geplante Hochschul-Stadtteil. Dort, zwischen Ratzeburger und Kronsforder Allee, sollen und wollen die Nachbarn MUL und FHL mit ihrem Studentendorf auch in puncto Infra- und Informationsstruktur noch enger zusammenwachsen. MUL-Sprecher Labahn: „Für Firmen-Neugründungen aus den Hochschulen heraus und einen intensiveren Technologietransfer spielt dabei insbesondere der vorgesehene Wissenschafts- und Technologiepark eine entscheidende Rolle.“

LN-TRAVE-TREFF

Hochschulstadt Lübeck – so lautet der Titel eines öffentlichen LN-Trave-Treffs mit eingeladenen Experten von den drei Hochschulen in der Hansestadt, mit Studierenden-Vertretern und Politikern am Montag, 30. November von 18 Uhr an im Radisson SAS Senator Hotel. Bei der Podiumsdiskussion sollen die Situation von Forschung und Lehre, die Chancen und Aufgaben wie die Probleme und Defizite Thema sein. Moderiert wird der LN-Trave-Treff von den Redakteuren Michael Schur und Joachim Strunk.



Antwort des AStA auf LN-Artikel

Betr.: Thema des Monats, LN-Trave-Treff
Sehr geehrter Herr Strunk, sehr geehrter Herr Schur,
für die Einladung zum LN-Trave-Treff am 30. November möchten wir uns an dieser Stelle bedanken. Sie können sicher sein, daß wir die Gelegenheit gerne genutzt hätten, uns Fragen der Öffentlichkeit zu stellen und mit den Anwesenden ein konstruktives Gespräch zu führen.

Mit dem Monatsthema „Hochschulstadt Lübeck" haben Sie eine gute Wahl getroffen. Denn wie Sie bereits im ersten Beitrag der Artikelserie festgestellt haben, prägen die Studierenden das Lübecker Stadtbild bei weitem nicht in dem Maße, wie es in anderen, typischen Universitätsstädten der Fall ist. Daher ist es begrüßenswert, wenn von Zeit zu Zeit die Hochschulen der Stadt und ihr Umfeld der Allgemeinheit in ausführlicher Form dargestellt werden.

Wir haben Ihre Berichterstattung mit großem Interesse verfolgt, wobei wir natürlich insbesondere die Artikel studiert haben, die unsere Universität und die von uns vertretenen Studierenden betrafen. Wir sehen selbstverständlich ein, daß der Rahmen eines Zeitungsartikels dazu zwingt, Prioritäten zu setzen, und daß es illusorisch wäre, eine tiefgehende Betrachtung aller Details zu erwarten.

Der Artikel „Ein lübsches Kleinod" Ihres Kollegen Andreas Oelker hat uns und viele unserer Kommilitoninnen und Kommilitonen allerdings sehr enttäuscht, um nicht zu sagen bestürzt. Dieser Beitrag stellt bezüglich der Qualität journalistischer Arbeit eine Katastrophe dar.

Die Kernaussage der ersten Absätze besteht darin, an der MUL gebe es außerordentlich viele Langzeitstudierende. Diese, im übrigen unzutreffende, Aussage wird darauf zurückgeführt, daß die Durchschnittsstudienzeit um Studiengang Medizin an der MUL bei 13 Semestern liegt. Wir möchten Sie daran erinnern, daß die vorgeschriebene **Mindest**studienzeit bundesweit bei 12 Semestern liegt. Bei einem Schnitt von 13 Semestern kann also überhaupt keine Rede von zweifelhafter „langjähriger Verbundenheit" der Studierenden mit dieser Universität sein. Im Gegenteil - eine Durchschnittsstudiendauer von 13 Semestern ist beachtlich kurz!

Eine „lange Verweildauer" läßt sich auch nicht durch die sich anschließende Behauptung herbeireden, auf Grund eines „schleswig-holsteinischen Hochschulrahmengesetzes" könnten Prüfungen „nahezu beliebig oft" wiederholt werden. Zunächst einmal gibt es kein „schleswig-holsteinisches Hochschulrahmengesetz", und außerdem können die Prüfungen im Studiengang Medizin auf Grund der bundesweiten Regelung des Medizinstudiums höchstens zweimal wiederholt werden. Für den Studiengang Informatik läßt die Prüfungsordnung der MUL ebenfalls höchstens zwei Wiederholungen einer Prüfung zu. Von nahezu beliebig vielen Versuchen kann also keine Rede sein.

Um eine Prüfung überhaupt antreten zu können, müssen bestimmte Leistungen in Form von „Scheinen" nachgewiesen werden. Die Festlegung der Kriterien zum Scheinerwerb liegen bei den jeweils zuständigen Professoren.

Unsere Kritik beschränkt sich nun nicht nur darauf, daß Fakten und Erfundenes wild verdreht, vermischt und unsinnig aneinandergereiht einen großen Teil des Artikels ausmachen. Die Verwendung der reißerischen Phrase „Oase für ewige Studenten" an so exponierter Stelle wie am Anfang des Textes läßt uns befürchten, daß die Intention des Artikels nicht in erster Linie darin bestand, über die tatsächlichen Verhältnisse an der MUL zu berichten. Geringer Rechercheaufwand und Effekthascherei standen offenbar im Vordergrund. Sie haben damit dem Bild der Studierenden in der Öffentlichkeit in unverantwortlicher Weise großen Schaden zugefügt.

Vor diesem Hintergrund haben Sie sicher Verständnis dafür, daß wir es vor unserem Gewissen und vor der Studierendenschaft nicht verantworten könnten, Ihre Einladung auf das Podium anzunehmen.

Darüberhinaus scheint es ihrerseits kein ehrliches Interesse an einer inhaltlichen Diskussion zum Thema zu geben. Wir befürchten offensichtlich zu Recht, daß unsere Anwesenheit nur der Vollständigkeit halber gewünscht wurde. Desweiteren sind wir nicht bereit, uns in eine Statistenrolle abdrängen zu lassen und dennoch zu riskieren, am nächsten Tag in Ihrem Blatt falsch zitiert zu werden.

Sie werden nachvollziehen können, daß wir unser Fernbleiben vom Trave-Treff den anderen Teilnehmern gegenüber ebenfalls begründen werden und zu diesem Zweck jeweils eine Kopie dieses Briefes beilegen werden.

Mit freundlichen Grüßen
Der Allgemeine Studierendenausschuß der Medizinischen Universität zu Lübeck
Gregor Peter
(Sprecher der Studierendenschaft)

Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein

An den ASTA der
Medizinischen Hochschule zu Lübeck
Herrn Gregor Peter
Ratzeburger Allee 160

23538 Lübeck

Kiel, 21.12.1998

Ministerin

Sehr geehrter Herr Peter,

Herzlichen Dank für Ihren Brief, in dem Sie darlegen, warum kein Vertreter der Studierenden an der MUL am „LN-Trave-Treff" teilgenommen hat.

Ich kann Ihre Enttäuschung über die Berichterstattung im Vorfeld der Podiumsdiskussion nachvollziehen. Dennoch habe ich es bedauert, daß kein Vertreter der Studierenden an der Diskussion über ihre Hochschulstadt und deren Zukunft teilgenommen hat, zumal Sie dort Gelegenheit gehabt hätten, Ihren Standpunkt deutlich zu machen.

Zu dem von Ihnen gewünschten Gespräch bin ich gern bereit. Ich bitte aber um Ihr Verständnis, daß dieses erst im Februar/März des kommenden Jahres stattfinden kann. Mein Büro wird sich im Januar mit Ihnen in Verbindung setzen, um einen Termin zu vereinbaren.

Mit freundlichen Grüßen

Ute Erdsiek-Rave

Ute Erdsiek-Rave

Als Reaktion auf seinen Brief erhielt der AStA einige Antwortbriefe.

Wir drucken hier die Stellungnahmen des Rektors der MUL, Prof. Wolfgang Kühnel, und der schleswig-holsteinischen Kultusministerin Ute Erdsiek-Rave ab.

Medizinische Universität zu Lübeck

Der Rektor

Rektorat der Medizinischen Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, D-23538 Lübeck, Telex: 026492 ul, Fernkopierer (0451) 500-3016

Herrn
Gregor Peter
Allgemeiner Studierendenausschuß MUL
Ratzeburger Allee 160

23538 Lübeck

Aktenzeichen (Bei Schriftwechsel bitte angeben)	Bearbeiter	Telefon (0451) 5000 Durchwahl 500-	Datum
Prof. Kühnel/Tre		3000	29.12.1998

LN-Trave-Treff am 30.11.1998
Ihr Schreiben vom 7..12.1998

Sehr geehrter Herr Peter,

haben Sie besten Dank für Ihren oben zitierten Brief, dem ich entnehmen konnte, aus welchen Gründen Sie dem LN-Trave-Treff am 30.11.1998 ferngeblieben sind.

Ich verstehe sehr wohl Ihre berechtigte Entrüstung, zumal ich selbst leidvolle Erfahrungen machen mußte. Gleichwohl halte ich Ihre Entscheidung, am Trave-Treff nicht teilzunehmen, für falsch. Sie hätten dort die Berichterstattung der LN öffentlich anprangern können, so wie ich es vor einigen Wochen im Rahmen eines größeren öffentlichen Forums im Rathaus unserer Stadt getan habe.

Abgesehen davon aber stehe ich Ihnen jederzeit für ein Gespräch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
und guten Wünschen für ein ungetrübtes neues Jahr 1999,

Ihr W. Kühnel

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Wolfgang Kühnel



Eine Erläuterung der LN-Problematik von Jülsch Ganten

Was braucht eine Stadt zum Glücklichsein - auf keinen Fall die LN!

Ein paar Worte vorweg:

Der AStA der MUL ist sicher kein streitsüchtiges Organ. Bis uns etwas aus der Ruhe bringt und zu einem öffentlich geäußerten Protest veranlaßt, muß einiges passieren. Wenn mensch ein wenig bösartig wäre, würde er oder sie vielleicht sogar behaupten, der AStA der MUL sei phlegmatisch, was die Politik angeht, und ich würde noch nicht einmal widersprechen. So kommt es dann auch, daß die Sache mit den LN den AStA am meisten beschäftigt hat, seit dem Streik.

Aber um was geht es denn nun eigentlich?

Es geht um das Gefühl, das wohl fast jedeR von uns hat, wenn er oder sie die LN aufschlägt. Da sieht mensch bunte Bilder, große Überschriften, kleine Artikel, ein paar sinnvolle und viele sinnlose Informationen, Anzeigen und Bekanntmachungen. Klar, die LN hat ein anderes Niveau als die große Schwester „Bild" aus dem gleichen Hause. Aber trotzdem werde ich den Verdacht nicht los, daß es einige Gemeinsamkeiten gibt. Wir blättern also weiter in unseren LN.

Da gibt's ein bissi Politik, einen großen Lokalteil, ein „Thema des Monats" und alles liest sich so ein bißchen wie eine Mischung aus Bravo und Focus. Ist das Absicht? Bestimmt. Schließlich sind die LN eine regionale Zeitung, sprich außerhalb von Lübeck interessieren sie fast niemanden. Und innerhalb von Lübeck soll natürlich ein breites Publikum bedient werden. Und genau da liegt das Problem. Alle, von klassischen „Bild"-LeserInnen bis hin zu FAZ-LeserInnen wollen lokale Informationen oder sind mehr oder weniger auf sie angewiesen. Und wenn diese Tageszeitung auch noch eine (mit nicht ganz feinen Methoden selbstverschaffte) Monopolstellung hat, versucht sie den Spagat zwischen seriöser Berichterstattung und Bedürfnisbefriedigung auf dem Klatsch-Sektor.

Heraus kommt eine sehr eigenartige Mischung, eine Art „Infotainment", was ja primär nicht schlecht sein muß. Im Falle der LN allerdings gesellt sich zu dieser Problematik eine sehr gefährliche Einstellung zu journalistischer Arbeit. Diese äußert sich darin, daß einerseits miserabel recherchiert wird (siehe nebenstehenden Artikel) und andererseits gewonnene Informationen nicht genutzt werden, um eine ordentliche Berichterstattung zu liefern, sondern um vorgefaßte Meinungen zu „belegen". Wir haben versucht, dies an dem Artikel „Ein lübsches Kleinod" zu zeigen.

Vorausgegangen war allerdings ein allgemeiner Ärger über die Berichterstattung der LN, der sich komischerweise durch alle Gruppen und Schichten zieht. Viele Menschen, vom Bürgermeister bis zur Schrebergärtnerin, haben ihre einschlägigen Erfahrungen mit den LN gemacht, in wenigen Fällen läßt sich beweisen, daß die LN Tatsachen verdrehen, falsch zitieren und bewußt Informationen zurückhalten, in vielen Fällen bleibt nur der Ärger und der sehr unbefriedigende Weg der Gegendarstellung.

In unserem Fall war also der entscheidende Auslöser für den Entschluß, diesen LN- Praktiken etwas entgegenzusetzen, der o.g. Artikel. Dazu kamen „Pannen" von Seiten der LN, wie z.B. nicht Abdrucken von Veranstaltungsterminen oder Wiedergabe von Interviews in anderer Form als der vorher abgesprochenen. Während des Streiks im letzten Jahr beispielsweise erklärte uns eine Redakteurin, daß sie nur bis zu einem bestimmten Punkt, nämlich der Abgabe beim Chefredakteur, Einfluß auf den Artikel habe. Danach wird allerdings noch viel verändert, sodaß das abgedruckte Produkt nicht mehr viel mit der Recherche zu tun haben muß.

Welche Konsequenzen ergeben sich daraus?

1. Mensch läuft großes Risiko, mit einem völlig falschen Zitat oder mit einer Aussage in völlig falschem Zusammenhang in den LN zu erscheinen.

2. Die LN betreiben in Lübeck eine Meinungsbildung, die alles mögliche ist, nur nicht objektiv.

Da wir als AStA an sich nicht auf die LN angewiesen sind, sondern genausogut auf die *bauchpresse*, das Ultimo und die Stadtzeitung ausweichen können, überlegen wir, ob wir den LN grundsätzlich kein Material - egal ob Infos , Fotos oder Interviews - mehr zur Verfügung zu stellen sollten, einerseits also um keine bösen Überraschungen zu erleben, andererseits um ein - zugegebenermaßen nicht allzu großes - Zeichen zu setzen.

Jülsch Ganten ist Politikreferent des AStA

Dieser Artikel wurde uns von SATIS e.V. zugesandt. Wir hielten ihn für veröffentlichungswürdig. In der Vorklinik wurden zwar die meisten Tierexperimente durch alternative Methoden (z. B. Muskel vom Schlachthof) ersetzt, aber eine kritische Auseinandersetzung im Bereich der Medizin mit diesem Thema halten wir unbedingt für notwendig.

Über Leichen zum Examen?

Tierversuche im Medizinstudium

Wie alles begann

Vor über 200 Jahren entdeckte der italienische Arzt Aloysius Galvani durch Zufall die elektrische Muskelreizung an einem sezierten Frosch. Wie damals werden auch wieder im Wintersemester 1998/99 die Scheren gezückt, um an deutschen Hochschulen Tausenden von Fröschen den Kopf abzuschneiden und die Zukkung ihrer Oberschenkelmuskeln auf einen Oszillographen zu übertragen. Zur Veranschaulichung „klassischer" Vorgänge der Physiologie, deren Abläufe längst bis zur molekularen Ebene hinab bekannt sind.

Im Biologiepraktikum, auch „Schnippelkurs" genannt, werden zuvor getötete Regenwürmer, Insekten, Krebse, Seesterne, Schnecken, Fische, Frösche, Hühner, Meerschweinchen, Mäuse und Ratten von den StudienanfängerInnen zerlegt. Zur Verdeutlichung der tierischen Anatomie, die nach der Sektion meist doch aus dem Lehrbuch abgezeichnet wird.

Von den über 60 000 jährlich getöteten Tieren entfallen über 13 000 auf den Fachbereich Medizin.

Wehrt Euch!

Immer mehr Studierende wollen eine Ausbildung ohne die Teilnahme an Tierversuchen. Einige Studierende konnten ihr Recht auf Gewissensfreiheit, das heißt auf ein Praktikum ohne Tierversuche, erst vor Gericht erfolgreich durchsetzen. Erfolgreich waren vor allem Studierende der Medizin. Drei Biologie-StudentInnen, die bislang keinen juristischen Erfolg hatten, reichten im Frühjahr 1998 unabhängig voneinander Verfassungsbeschwerde ein.

Doch soweit muß es nicht kommen. In vielen Fällen bringen konstruktive Gespräche mit aufgeschlossenen PraktikumsleiterInnen die selben Ergebnisse, insbesondere, wenn sich viele gleichgesinnte Studierende zusammenschließen.

Zur Zeit verzichten in Deutschland bereits fünf Hochschulen im Fachbereich Medizin auf jeglichen „Tierverbrauch". Zählt man diejenigen Hochschulen dazu, an denen zwar „Tierverbrauch" stattfindet, dieser jedoch von den Studierenden umgangen werden kann, ergibt das für Medizin 15 Hochschulen.

Die Alternativen

Die aktuelle Situation ist um so verwunderlicher, weil alternative Ausbildungsmethoden mittlerweile so zahlreich auf dem Markt sind, daß ganze Bücher darüber erscheinen. Die wichtigsten an deutschen Hochschulen eingesetzten Alternativmethoden:

- Tote Tiere vom Tierarzt oder aus der Natur (z. B. Froschlurche, die bei der Krötenwanderung umgekommen sind)
- Plastinationen, Dauerpräparate und Kunststoffmodelle
- Lehrfilme und interaktive Videosysteme
- Computersimulationen
- Schmerzlose Selbstversuche.

Die didaktische Bewertung dieser Alternativen seitens der HochschullehrerInnen und der Studierenden, die damit arbeiten, fällt überwiegend positiv aus. Leider gehen nur wenige Fakultäten so weit, jeglichen „Tierverbrauch" zu vermeiden.

Oft kommt aber der entscheidende Impuls von Studierenden der ersten Semester! Wartet nicht zulange, sondern werdet aktiv und sucht Gleichgesinnte! Wir helfen Euch!

SATIS e.V.

Der Mißbrauch von Tieren als Anschauungs- und Demonstrationsobjekt ist an deutschen Hochschulen noch immer die Regel, obwohl rund 80% der Studierenden sich den konsequenten Einsatz von Alternativmethoden wünschen.

An vielen Hochschulen gibt es Tierschutz-AGs, die sich gegen den Tiermißbrauch organisieren - fragt in Eurer Fachschaft oder im AStA.

Der Bundesverband SATIS e.V. arbeitet auf vielen Ebenen daran, die studentische Forderung nach einer Ausbildung ohne Gewissenskonflikte umzusetzen:

- Informationsaustausch auf bundesweiten Arbeitstreffen
- detaillierte Informationen zur Situation an den deutschen Hochschulen
- Mitwirkung in politischen Gremien
- Unterstützung klagender Studierender.

Nächstes bundesweites Informationstreffen: 14./15. November in Gießen.

Für weitere Informationen wendet Euch an:

SATIS e.V., Vaihinger Straße 6, 70567 Stuttgart, (0711/71 43 02
Internet: http://www.tierschutz.de/SATIS/



So leben, daß alle leben können

oder: „Zukunftsfähiges Deutschland" - wie sich unsere Welt im 21. Jahrhundert entwickeln sollte.

1992 fand in Rio die erste UN-Klimakonferenz statt, deren Ergebnis die sogenante „Agenda 21" darstellt, ein globales Umwelt- und Entwicklungsprogramm für das 21. Jahrhundert. Diese Abschlußschrift stellt eine Reihe von Forderungen auf, u. a. den Schutz der Atmosphäre, um eine weitere Ausdehunung des Ozonlochs zu stoppen, umweltverträgliches Wirtschaften, Veränderung von Konsumgewohnheiten und soziale Verteilungsgerechtigkeit. Insgesamt 170 Staaten unterschrieben die Agenda 21.

1995 gaben BUND (Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland) und Misereor (Katholisches Hilfswerk) eine Studie in Auftrag, die aufzeigen sollte, wie die Vorgaben der Agenda 21 konkret auf Deutschland übertragen werden könnten. Diese Aufgabe erhielt das Wuppertal-Institut für Klima, Energie und Umwelt. Herausgekommen ist eine 434 Seiten dicke Studie unter dem Titel „Zukunftsfähiges Deutschland - Ein Beitrag zu einer global nachhaltigen Entwicklung". Ziel der Studie war es, von derzeitigen Verhältnissen auszugehen und zu schauen, was sich in welchen Bereichen ändern müßte, um den Anforderungen der Agenda 21 zu genügen. Dabei mußte natürlich u. a. bedacht werden, daß Deutschland einen nicht unerheblichen Anteil der jährlichen CO2-Belastung mitverursacht. Soll nun weltweit eine deutliche Reduktion des CO2-Ausstoßes erfolgen, müßte Deutschland seinen CO2-Ausstoß um mindestens 80-90% senken, da wir zur Zeit weit mehr verbrauchen, als uns zusteht.

Aus dieser außerordentlich interessanten Studie, die im übrigen uns alle sehr wohl etwas angeht, möchte ich ein paar Gedanken vorstellen, die zum Nachdenken und selbständigen Weiterfragen animieren sollen.

Als Kern enthält die Studie acht Leitbilder. Diese Leitbilder berücksichtigen verschiedene Bereiche und Themen. Jeder Bereich hat seine spezifischen Probleme, die zunächst aufgezeigt werden. Anschließend werden Vorschläge gemacht, wie diese Probleme zu lösen sind. Allerdings darf man die Leitbilder nicht isoliert betrachten, weil sie nur in ihrer Summe wirklich effektiv wirken können. Einige



unserer Probleme (z. B. der Straßenverkehr) tauchen wegen ihrer Komplexität deshalb in mehreren Leitbildern auf. So abgedroschen das auch klingen mag: Man muß die Probleme ganzheitlich sehen. Die Leitbilder sollen helfen, in übersichtlichen Bereichen konkrete Veränderungen vorzunehmen.

Diese Leitbilder möchte ich kurz vorstellen:

1. Rechtes Maß für Raum und Zeit.

Dieses Leitbild bezieht sich auf den Verkehr - ihn zu vermeiden, zu verlagern und zu optimieren. Lange Zeit galt als Ideal, daß man immer schneller immer weiter kommt. Doch diese Utopie bekommt langsam Risse. Die Straßen sind voll, die Abgasmengen steigen, die Lärmbelastung durch Autos ist enorm. Wir merken, daß es auf diese Art nicht mehr geht. Deshalb fordert die Studie:

Stadt der kurzen Wege: Entflechtung und Entschleunigung in der Ferne, Verflechtung und Beschleunigung in der Nähe (also u.a. Sonderspuren für öffentlichen Nahverkehr, längere Grünphasen für Fußgänger, Fahrradmitnahme in öffentlichen Verkehrsmitteln (!), Ausbau und Sanierung des Radwegenetzes)

Das „schlanke" Auto: leicht, variabel nutzbar, wenig Spritverbrauch bzw. zunehmend von regenerativen Energien angetrieben (das vielversprochene 3-Liter-Auto ist nur ein erster Schritt)

Flächenbahn: dichtes Schienennetz, gute Umsteigemöglichkeiten und Taktfahrplan ermöglichen schnelles Fortkommen von Haus zu Haus. Maximalgeschwindigkeiten werden weniger wichtig.

Maßvolle Geschwindigkeiten: Tempolimit von 100/80/30 auf deutschen Straßen.

2. Eine Grüne Marktagenda.

Marktwirtschaft ist ökologisch blind. So wie die Marktwirtschaft einmal um die soziale Komponente erweitert wurde, muß nun eine ökologische Komponente ergänzt werden. In diese müßten dann gehören:

Abbau umweltschädlicher Steuern und Subventionen: Besteuerung von Flugbenzin sowie Diesel für die Landwirtschaft und Binnenschiffahrt; Umgestaltung der Kfz-Steuer nach Umweltkriterien; entfernungsabhängige aber fahrzeugunabhängige Kilometerpauschale

Ökologische Steuerreform: Aufkommensneutral und in kleinen, sozial- und wirtschaftverträglichen Schritten



Haftpflicht für Großrisiken: Zum Beispiel Atomkraft (wer bezahlt den Super-GAU?)

Dezentralisierung im Energiesektor: Kostendeckende Vergütung von Strom aus erneuerbaren Energiequellen, systematische Förderung nachhaltiger Energieerzeugung

3. Von linearen zu zyklischen Produktionsprozessen.

Kreislaufwirtschaft statt „end-of-the-pipe"-Technologie. Derzeit werden der Natur große Menge an Bodenschätzen bzw. an tierischen oder pflanzlichen Rohstoffen entnommen (oft unter erheblichen Schäden für die Umwelt), unter großem Energieaufwand zu Konsumgütern verarbeitet und landen anschließend auf riesigen Mülldeponien. Wenn die Länder des Südens unsere verschwenderische Art des Wirtschaftens übernähmen, wäre der Umweltkollaps vorprogrammiert. Folgendes müßte sich ändern:

Verringerung des Rohstoff- und Energieeinsatzes durch Kreislaufwirtschaft und Effizienzsteigerung: Wieder- und Weiterverwendung von Produkten - Abfälle werden zu Rohstoffen für andere Produktionsvorgänge. Intensivere Nutzung von Produkten, Dienstleistungen und Prozessen bei gleichzeitig deutlich geringerem Rohstoff- und Energieverbrauch.

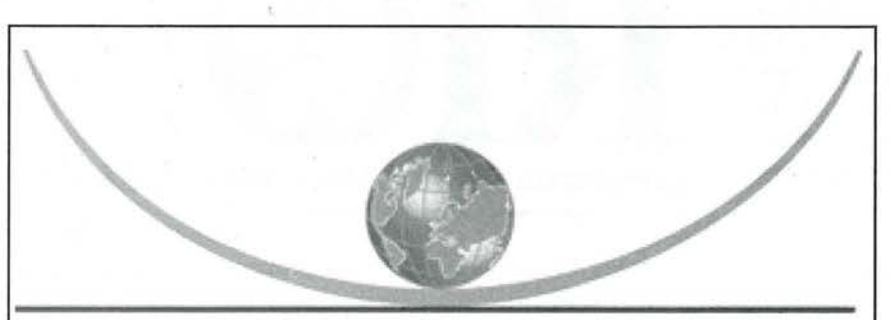
Verstärkte Nutzung von regenerativen Energien (z. B. Wind- und Sonnenergie)

Umweltverträglichkeit von Produkten: Lebenslange Produktverantwortung der Unternehmen - Einbeziehung des gesamten Lebenszyklus

4. Gut leben statt viel haben.

Geld und Konsum machen nicht glücklich. Kein anderes Leitbild setzt so sehr an der eigenen Einstellung an wie dieses. Umdenken heißt die Devise. Viele fragen sich, ob es nicht befriedigender sein könnte, auf einen Teil des Wohlstands zu verzichten und dafür mehr Freizeit, Selbstbestimmung und Lebensfreude zu gewinnen. Die Studie schlägt zu diesem Leitbild u. a. vor:

Regionalorientierung: Bevorzugung von Produkten aus der Region (der Joghurt muß nicht aus Bayern kommen, sondern von „Landwege" aus dem Werkhof)



Langlebigkeit: Qualitätsprodukte, die reparaturfähig, wartungsfreundlich, wiederverwertbar und ästhetisch sind (Wegwerfgesellschaft ist out!)

Sparsamkeit: Rohstoffe und Energie effizient und intelligent nutzen (Beispiel Energiesparlampen: halten länger und verbrauchen weniger Energie)

Gemeinschaft: Gemeinsam nutzen statt allein besitzen (fängt beim Rasenmäher an und hört beim Auto noch lange nicht auf!)

5. Für eine lernfähige Infrastruktur.

Energieversorgung, Mobilität, Wohnen: Dienstleistung statt Beton. Unsere heutige Infrastruktur, all die Straßen, Flughäfen, Kraftwerke etc., ist vor allem an Massendurchsatz orientiert. Massendurchsatz bedeutet aber einen hohen Naturverbrauch und eine erhebliche Naturschädigung.

Eine zukunftsfähige Infrastruktur muß ökologischer und ökonomischer werden. Deshalb muß folgendes geschehen:

Bau von Einsparkraftwerken: Aus Megawatt werden „Negawatt" - Investition in Energieberatung und Sparprogramme, anstatt neue Kraftwerke zu bauen.

Weniger Straßen machen mobil: durch intelligente Logistik, Information über Verbindungen und Verkehrsträger, Koordination bei gemeinsamer Nutzung (eine Möglichkeit: Mobilitätsdienstleistungsunternehmen informieren über die cleverste Wahl der besten Verbindungen mit der cleversten Wahl der Verkehrträger, organisieren Car-Sharing, vermieten Sammeltaxen und Minibusse)

Wohnen mit weniger Umweltverbrauch: Verdichtetes Bauen mit flexiblen Grundrissen und gemeinschaftliche Nutzung verringern den Flächenverbrauch. Verwendung von biologischen oder wiederverwertbaren Baustoffen senkt den Rohstoffverbrauch.

6. Regeneration von Land und Landwirtschaft.

Die Städte leben auf Kosten des sie umgebenden Landes. Die Landwirtschaft auf der anderen Seite verursacht Probleme wie Bodenerosion, Grundwassergefährdung, Artensterben und Landschaftsverlust. Auch in diesen Bereichen ist ein Umdenken nötig:

Flächendeckende Einführung des ökologischen Landbaus: Produktion in organischen Kreisläufen - keine importierten Futtermittel, Verzicht auf Kunstdünger und Pestizide, Bindung des Tierbestands an die vorhandene Fläche. Die bevorzugte Vermarktung in der Region schafft Kontakte zwischen Produzenten und Käufern. Die Herstellung wird transparenter, das schafft Vertrauen in die Qualität der Produkte und Absatzsicherheit für den Landwirt.

Waldbauwende: Einführung der naturnahen Waldwirtschaft - Mischwälder mit alten und jungen Bäumen, Totholz bleibt im Wald. Die Bäume werden einzeln geerntet, wenn sie „reif" sind.

Region als Lebensraum: Stärkung der regionalen Wirtschaft, Wiederbelebung der Dörfer (Kaufen, Freizeit, Arbeit)

7. Stadt als Lebensraum.

Lebensqualität und kurze Wege. Gerade die Städte als Lebensraum und kulturelle und wirtschaftliche Zentren bringen sehr viele Probleme mit sich. Dazu gehören u. a. Luftverschmutzung, Lärm, Verkehr, Müll, Kriminalität. Und die Städte wachsen immer weiter, so daß auch hier einiges zu fordern ist:

Stadt der kurzen Wege: Die Lebensbereiche Wohnen, Arbeiten, Freizeit und Versorgung werden schrittweise wieder zusammengeführt.

Qualitätsunterschiede von Stadt und Land neu beleben: Durch die Innenverdichtung der Städte wird die großräumige Zersiedlung der Landschaft gestoppt. Es entstehen wieder Stadtgrenzen.

Partizipation: Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger an der Entwicklung von zukunftsfähigen, kommunalen Handlungskonzepten (z. B. lokale Agenda 21 - gibt´s auch in Lübeck)

Belebung der Innenstädte: Durch Reurbanisierung der Zentren zum Verweilen einladen (u.a. durch autofreie Innenstädte - Straßen sind für Menschen da, gut ausgebauten öffentlichen Nahverkehr, breites Angebot an Kunst, Kultur und Sport)

8. Internationale Gerechtigkeit und globale Nachbarschaft.

Nord-Süd-Beziehungen: stärker kooperieren und weniger nehmen. Der Norden lebt nach wie vor auf Kosten des Südens. Wir konsumieren nicht nur überdurchschnittlich viel, wir schädigen auch die Natur weit über die Maßen. Würden sich die Länder des Südens nach unserem Vorbild weiterentwickeln, würde die Erde in absehbarer Zukunft vollkommen zerstört werden. Deshalb gilt es, folgendes zu tun:

Der Norden muß sich entwickeln: Die Industrieländer nutzen und schädigen die Umwelt weit überproportional, die Entwicklung von nachhaltigen Lebens- und Wirtschaftsstilen muß deshalb vorrangig im Norden beginnen (die sog. „erste Welt" verursacht über 90% des weltweiten CO2-Ausstoßes).

Chancengleichheit herstellen: Handelsschranken abbauen - Verzicht auf Einfuhrzölle für weiterverarbeitete Rohstoffe, keine Exportsubventionen für Agrarprodukte aus der Europäischen Union (EU) in die Länder des Südens, stattdessen Hilfen für den Aufbau einer eigenständigen Lebensmittelversorgung

Auswirkungen des ökolgischen Strukturwandels ausgleichen: Kompensationszahlungen der Industrieländer an die Länder des Südens

Gemeinsam lernen: Zukunftsfähigkeit als gegenseitiger Beratungs- und Lernprozeß

Was ich eben zu erläutern versucht habe, ist eine sehr kurze Zusammenfassung eines ausgesprochen komplexen Themas. Natürlich erhebt die Studie „Zukunftsfähiges Deutschland" kein Anrecht auf Vollständigkeit oder Unfehlbarkeit. Aber sie stellt eine gute Ausgangsbasis für Projekte und Diskussionen dar. Einige Punkte, wie beispielsweise die ökologische Steuerreform, sind ja in der Tat angefangen worden. Wichtig ist jedoch, daß es nicht darum geht, einzelne Punkte herauszugreifen und diese dann umzusetzen, sondern um ein Gesamtkonzept, das von allen mitgetragen werden muß. Die einzelnen Forderungen sind auch nicht ausschließlich an die Politiker gerichtet, die die Gesetze machen und über unser Wohl und Leid entscheiden. Es geht vielmehr darum „umzudenken", und dies gilt für jeden von uns.

Wir müssen erkennen, daß unsere derzeitige Lebensweise auf einen Abgrund zusteuert und diese Katastrophe nur durch eine andere Lebensweise abgewendet werden kann. Im übrigen bestreitet niemand mehr, daß wir ein Ozonloch haben und daß die jährlichen Temperaturen jedes Jahr steigen (auch wenn der letzte Sommer uns vielleicht vom Gegenteil zu überzeugen versuchte). Auch die Tatsache, daß die Polkappen abschmelzen und die Pegel der Weltmeere steigen werden, ist längst klar. Man streitet sich nur darum, in welchem Maße das stattfinden wird und ob Lübeck schon in 50 oder erst in 100 Jahren unter Wasser stehen wird.

Allerdings dürfen wir nicht wie ein Kaninchen vor der Schlange in Schrecken erstarren oder hoffen, daß die Gefahr verschwindet, wenn wir die Augen nur fest genug zudrücken. Falls wir wirklich daran interessiert sind, daß das 21. Jahrhundert nicht das Jahrhundert der Katastrophen wird, müssen wir sofort anfangen - am besten noch heute.

Für alle, die sich weiter informieren möchten, hier einige Literaturtips und Internet-Links:

BUND/Misereor: „Zukunftsfähiges Deutschland - Ein Beitrag zu einer global nachhaltigen Entwicklung"; 434 Seiten; 39,80 DM; Der Spiegel meint: „Hat gute Chancen, zur grünen Bibel der Jahrtausendwende zu werden"

BUND/Misereor: „Zukunftsfähiges Deutschland - Kurzfassung"; 36 Seiten; 5,00 DM; hervorragend geeignet für Studenten, die nebenbei noch für ihre Klausuren lernen möchten

BUND/Misereor: „Aktionshandbuch Zukunftsfähiges Deutschland - Leitbilder, Projektideen, Aktionsvorschläge“; 60 Seiten; 9,90 DM; Vorstellung von Aktionen und Initiativen, die den Vorstellungen von einem zukunftsfähigen Deutschland entsprechen - für alle, die Konkretes sehen wollen! Das Buch gibt es nur bei: BUNDladen, Postfach, 53222 Bonn, Bestelltelefon: 0228 / 46 42 71, Fax: 0228 / 46 44 18, eMail: BUNDladen@bund.net

Dritte Welt Haus Bielefeld/Misereor/ BUND: „Entwicklungsland Deutschland - Umkehr zu einer global zukunftsfähigen Entwicklung“; 192 Seiten; 22,80 DM; sehr interessantes Buch mit vielen guten Zeichnungen und Bildern

von Weizsäcker, Ernst Ulrich: „Faktor vier. Doppelter Wohlstand, halbierter Naturverbrauch - Der neue Bericht an den Club of Rome.“; 19,90 DM; Der Club of Rome betrachtet seit über 20 Jahren kritisch die Entwicklung der Erde und zeigt Wege zur Lösung unserer Probleme auf.

„Konferenz der Vereinten Nationen zu Umwelt und Entwicklung“, Rio 1992, AGENDA 21; Abschlußdokument des Umweltgipfels von Rio - Grundlage der Studie „Zukunftsfähiges Deutschland“; kann kostenlos bestellt werden bei: Bundesministerium für Umwelt, Postfach 120629, 53048 Bonn (Reihe „Umweltpolitik)



www.miseror.de - Neben Informationen zur Entwicklungsarbeit von Misereor in der „dritten Welt“ gibt es auch Informationen zur Studie „Zukunftsfähiges Deutschland“, u. a. ein Interview mit Dr. Reinhard Hermle (Abteilungsleiter Entwicklungspolitik bei Misereor)

www.wupperinst.org - zahlreiche Infos zur Arbeit des Wuppertal Institut für Klima, Umwelt, Energie.

www.bund.net - Homepage des Bundes für Umwelt und Naturschutz Deutschland

www.bmu.de - Das Bundesumweltministerium bietet einige Facts zur nachhaltigen Entwicklung. Allerdings stammen diese noch aus der Zeit, als unsere allseits beliebte Angela Merkel das Sagen (oder eher Nicht-Sagen) hatte. Dennoch - so schlecht sind die Materialien nicht, und man kann eine Menge Material bestellen - natürlich kostenlos!

mf

Bildung ist kein Thema mehr

Über die Halbwertszeit von Wahlversprechen

Nichts, versprachen sie vor der Wahl, würden sie anders, dafür aber vieles besser machen. Seltsamerweise gelang es Rot/Grün trotz dieses nichtssagenden, unverbindlichen Credos, das vor allem die wankelmütigen, weil Kohl-überdrüssigen Besitzstandswahrer umschmeicheln sollte, in die Verantwortung katapultiert zu werden. Paradox deshalb, weil das Gros der Wählerschaft gerade darauf gehofft hatte, daß doch vieles anders werden würde.

Nicht zuletzt hofften viele Studierende nach unserem totgelobten „Streik“ vor einem Jahr darauf, daß die neue Regierung in der Bildungspolitik - obwohl verdächtigerweise nie zum Wahlkampfthema erhoben - deutlich andere Akzente setzen würde.

Doch die SPD-Bildungsministerin Edelgard Bulmahn, deren Namen bezeichnenderweise den wenigsten KommilitonInnen geläufig ist, macht bisher kaum Anstalten, ihrer Politik ein deutlich anderes Gepräge zu geben als es die ihres „Zukunfts“-Vorgängers Rüttgers hatte. Man hat sogar fast den Eindruck, als beschränke sich die sozialdemokratische Bundes-Bildungspolitik auf 20 DM BaföG-Erhöhung und die halbherzige Beteuerung, das vollmundige Wahlversprechen „Verbot von Studiengebühren“ werde auf jeden Fall gehalten. Zumindest in dieser Legislaturperiode. Doch nicht einmal das scheint gesichert. Denn gerade in dieser Frage sprechen die Länder dem Bund die Rahmenkompetenz ab. Und die Verhandlungen, das Verbot in einem Staatsvertrag festzuschreiben, verkommen zunehmend zu einem Scheingefecht. Gerade hat nämlich sogar das SPD-regierte Niedersachsen, wo ausgerechnet Frau Bulmahn Landesparteivorsitende ist, den Weg einiger CDU-Länder gewählt und wird sich per „Einschreibegebühr“ genanntem Studienobulus an den Studierenden schadlos halten.

Der niedersächsische Wissenschaftsminister Thomas Oppermann spricht sogar offen aus, langfristig könne er sich „moderate Gebühren“ durchaus vorstellen. Weiterhin erklärt er, unter der Voraussetzung, daß die Hälfte der Studierenden kostenlos studieren könne, halte er Gebühren von bis zu 3000 DM pro Jahr für „überhaupt nicht abschreckend“. Die Frage ist, ob es überhaupt ein Modell von Studiengebühren gibt, das wirklich keinerlei sozialen Numerus Clausus darstellt.

Auf jeden Fall müssen die von der Hannoveraner Landeskasse kassierten 100 DM Einschreibegebühren vor dem Hintergrund solcher Äußerungen als Zwischenschritt der systematischen Unterwanderung eines Studiengebührenverbots interpretiert werden. Der hilflose Protestschrei beispielsweise der uns benachbarten Lüneburger Studierenden sollte uns im sicher nicht reicheren Schleswig-Holstein wachsam werden lassen.

Ein weiterer - offiziell so titulierter - „Zwischenschritt“, der demgegenüber immerhin auf einen irgendwann folgenden beherzten Schritt in die richtige Richtung hoffen läßt, ist die Erhöhung des BaföG-Höchstsatzes um ganze 20 DM. „Nicht alle, aber wesentliche Fehler“ der alten Regierung würden korrigiert, verkündet euphemistisch-resigniert die Presseerklärung der Grünen. Das klingt sehr nach: Nichts wird anders, und auch nur weniges besser gemacht. Das ist angesichts der vielen drängenden Probleme - gerade im Bildungssystem - ein recht magerer und unbefriedigender Beginn des Endes des von Kohl hinterlassenen Reformstaus.

mg

Reform des Medizinstudiums

Zeit für eine Änderung

Montagmorgen 8.15 Uhr - der Unitag beginnt. Zumindest idealerweise. Die meisten trudeln bis 11.00 Uhr ein, wenn die ersten schon wieder aufgegeben haben. Viele kommen gar nicht mehr, weil ihnen die Vorlesungen „einfach nichts bringen". Sie lernen lieber zu Hause aus Büchern. Besser ein systematisches Lehrbuch als das.

Der Dozent wirkt heute morgen eher planlos. Er scheint heute auch das erste Mal da zu sein. Unsicher blickt er in die Runde - und dann wieder die Frage, die wir nach dem Physikum schon so oft gehört haben: „Wissen Sie eigentlich, was ein Antikörper ist?". Ein Stöhnen geht durch die Reihen, aber er läßt es sich trotzdem nicht nehmen, noch einmal das Immunsystem von der Pike auf zu erzählen. Ein Blick in das letzte Physikum hätte gereicht, um unseren Wissensstand ungefähr zu umreißen. Warum schafft er nicht wenigstens das? Er klärt es mit der Frage „Äh, in welchem Semester sind Sie eigentlich?" auf.

Als Ausgleich für die erste Stunde erklärt der nächste Dozent überhaupt nichts und blickt stur auf seine Unterlagen. Obwohl sich der Raum bereits so geleert hat, daß ein gemütliches Gespräch möglich wäre, werden verzweifelte Stop-Signale in Form erhobener Finger auf das Ende der Stunde vertröstet. Aber dann wird überzogen, und es bleibt keine Zeit. Der nächste Dozierende steht auch schon vor der Tür und will seine Dias einsortieren. Freudige Erwartung auf ein paar spannende klinische Dias. Aber was kommt? Die üblichen weißen Tabellen auf blauen Untergrund - eine nach der anderen. Na, dann gute Nacht! Gott sei Dank ist der Saal so weit geleert, daß man problemlos ein paar Sitze runterklappen kann, um den versäumten morgendlichen Schlaf nachzuholen.

Doch in der vierten Stunde, wo schon jeder zweite über das heutige Mensa-Essen informiert ist, geschieht das Unfaßbare: Statt des üblichen straffen Unterrichts stellt der Dozent einen Fall vor: Patient XY kommt zu Ihnen in die Praxis mit folgenden Symptomen... Was tun Sie als erstes? Ein erstauntes Raunen geht durch die Reihen, und dann geht die Diskussion los. Erst wagt es keiner, seinen Vorschlag in die Runde zu rufen, aber dann lockert sich die Atmosphäre. Jeder Vorschlag wird entweder mit einer Erklärung abgewehrt oder weiter diskutiert. Was für eine Erfrischung. Das ist doch wenigstens ein Ansatz! Warum könnte ein solcher nicht häufiger aufgegriffen werden? Ja, warum eigentlich nicht? Wo steckt eigentlich der Wurm in diesem Studium? Denken wir nicht alle genauso darüber? Hoffentlich, denn wir sind der Meinung, daß sich etwas ändern **muß.** Das Studium soll uns in sechs Jahren zu verantwortungsbewußten, handlungsfähigen ÄrztInnen machen. Wer sich mal mit einem PJler oder AiPler unterhalten hat, weiß, daß das nicht gelungen ist. Wir werden vielmehr nach zehn Semestern ins kalte Wasser geworfen und müssen selbst sehen, wie wir damit klar kommen. Das kann es doch nicht sein.

Ein weiterer Aspekt fällt auf: Nicht nur der Körper des Menschen sollte intensiv studiert werden, sondern auch die geistig-seelische Ebene des Menschen. Die medizinische Soziologie und Psychologie kommt durch den hohen Zeitbedarf und Druck der anderen Fächer zu kurz.

Können die Studierenden in einer Vorlesung den Umgang mit schwer kranken, sterbenden Patienten und die Gespräche mit den Angehörigen lernen? Wo bekommen wir Antworten und Hilfen auf die Fragen: Wie kläre ich Patienten mit einer Krebsdiagnose auf? Wie gehe ich selbst mit dem Tod von Patienten um? Wie führe ich Angehörigengespräche? Hier müssen andere Formen des Unterrichts gefunden werden, nicht nur in der Vorklinik, sondern fortlaufend bis zum Ende des Studiums.

Bei einer frühzeitigen Integration des Klinikalltages in unser Studium könnte die Arbeit der Studierenden auf den Stationen, die Komunikation mit den Ärzten und Ärztinnen und nicht zuletzt mit dem Pflegepersonal verbessert werden. Das gilt auch für den Umgang mit den Patienten.

Daß das Studium so nicht mehr den Anforderungen der Medizin gerecht wird, hat sich auch im Konvent herumgesprochen. Wie in *bp* Nr.11 bereits stolz berichtet, haben es die Studierenden geschafft, einen Unterausschuß im Konvent zu bilden, der sich mit der Reform des Medizinstudiums befaßt. Er ist paritätisch besetzt (3 Profs, 3 WiMis und 3 Studis). Um sinnvolle Verbesserungsvorschläge machen zu können, muß man sich Gedanken machen, was eigentlich von einer „idealen" Medizinerausbildung erwartet werden kann. Ausbildung scheint ein viel treffenderer Begriff zu sein als Studium. Schließlich werden wir nicht Hochschullehrende, sondern ÄrztInnen.

Was gilt es also zu bemängeln?

- Zu wenig praktische Fertigkeiten werden vermittelt.
- Die Vorlesungen sind oft zusammenhangslos, didaktisch schlecht aufgebaut und schlecht vorbereitet.
- Der Umgang mit PatientInnen aus sozialer Sicht wird nicht thematisiert.
- Wissenschaftliches Arbeiten wird in der Doktorarbeit verlangt, ohne daß man darauf vorbereitet wäre.
- Vorklinik und Klinik stehen völlig isoliert nebeneinander, ohne daß ein Zusammenhang geknüpft wird.
- Das Prüfungssystem des Multiple Choice ist nicht auf Zusammenhänge ausgerichtet, sondern auf immer spitzfindigere Fakten, die auswendig gelernt werden müssen.

Wie sollte das Studium statt dessen aussehen?

Das Studium soll den Studierenden ein solides Grundwissen, fachliche und soziale Kompetenz, praktische Kenntnisse und Fertigkeiten vermitteln.
Deshalb muß das Studium umstrukturiert werden, wobei die Integration folgender Elemente geboten ist:

- Unterricht in Kleingruppen
- problemorientierte Lernformen
- mehr Praxis und gleichzeitig enge Verzahnung mit den theoretischen Inhalten
- mehr bed-side-teaching
- Erziehung zu sozial kompetenten Ärztinnen und Ärzten



- didaktische Ausbildung der Lehrenden
- Behandlung der Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens
- Schaffung einer ganzheitlichen Sichtweise von Gesundheit und Krankheit
- Etablieren eines neuen Prüfungssystems, das die Lernziele „Fähigkeiten, Fertigkeiten, Einstellungen" überprüft

Für eine nachhaltige Verbesserung der Lehre müssen alle diese Elemente in einem Konzept zusammenwirken.

Das hört sich alles schon ganz gut an, muß aber in eine Lösung übergehen, die einen konkreten Plan für Lübeck entwirft. Um das Rad nicht neu zu erfinden, muß man nur einmal schauen, welche Reformstudiengänge auf der Welt schon existieren - und das sind gar nicht mal so wenige.

Zwei Elemente tauchen in fast allen Modellen auf: das Problemorientierte Lernen (POL) und die Lernspirale. Diese beiden haben wir im folgenden für Euch zusammengefaßt.

die redaktion

Anmerkung:

Die meisten der folgenden Kurzdarstellungen der einzelnen Reformuniversitäten basieren auf den Erfahrungen und Recherchen verschiedener Studierender, die dort jeweils ein oder zwei Semester verbracht haben. Ihre Schilderungen sind in einem Buch zusammengestellt, welches die Grundlage für diese Zusammenfassungen ist. Interessierten sei dieses Buch, welches im Januar in einer Neuauflage erscheinen wird, empfohlen.

Eberhard Göbel, Kai Schnabel (Hrsg.)
Medizinische Reformstudiengänge
200 Seiten; 35,- DM
Mabuse Verlag, Kasseler Str. 1a, 60486 Frankfurt a. M.
Tel. 069-97074072, Fax 069-704152

Problemorientiertes Lernen (POL):

Der Kern dieser Lernform sind die Kleingruppen, die problemorientiert mit „Papierfällen" (papercases) arbeiten. Diese Fälle bestehen in der Beschreibung eines medizinischen Falles/Patienten. Der Fall wird in festgelegten, logisch aufeinander aufbauenden Schritten analysiert. Das bedeutet, daß man nicht gleich fünf Seiten in die Hand gedrückt kriegt, sondern sich Stück für Stück vorarbeitet. Neue Informationen gibt es erst, wenn die erreichbaren Lernziele/Themen aus dem vorhergehenden Abschnitt (z.B. Anamnese, Differentialdiagnosen) erarbeitet wurden. Analysiert werden die Fälle in Form von Fragen, die entweder direkt im Kurs nachgeschlagen oder in Eigenarbeit zu Hause beantwortet werden. Bei der Behandlung der Fragen erarbeiten sich die Studierenden im Selbststudium das Wissen, das dieser Fall bei der Problemlösung erfordert. Die Studierenden können sich materieller Ressourcen wie Bibliothek oder Mediothek bedienen oder sich an Lehrpersonen wenden, die als Ansprechpartner für bestimmte Gebiete zur Verfügung stehen. Beim nächsten Treffen in der Kleingruppe werden die Ergebnisse zusammengetragen und diskutiert.

Die Kleingruppenarbeit findet unter Anwesenheit einer Lehrperson statt, die aber nicht doziert, sondern eher Supervisorfunktion hat. Die Gruppenarbeit ist auch als Form gedacht, sich im sozialen Umgang miteinander zu üben. Die Zusammensetzung der Gruppen sollte heterogen sein und nicht den Studierenden überlassen werden.

Das POL geht davon aus, daß man nur dann sinnvoll lernen kann, wenn das Bedürfnis nach Wissen in Form einer Frage besteht. Lernen heißt somit, Fragen stellen zu können, und so ist POL im Grunde die Fähigkeit, beantwortbare Fragen zu formulieren. Hiermit ist auch klar, daß der Lernende den aktiven Part im POL spielt. Er ist nicht mehr das Objekt, das im Frontalunterricht von Lehrenden mit Wissen gespeist wird, sondern das Subjekt, das den Lehrenden fragt. Beim POL geht man davon aus, daß der Studierende für sich selbst lernt, nicht für den Professor oder zur Beantwortung eines enzyklopädischen Fragenkataloges. Dieses gibt ihm ein hohes Maß an Freiheit und Unabhängigkeit, verlangt aber in gleichem Maße Selbständigkeit und Selbstverantwortung. Weiterhin ist für das Selbstverständnis des POL wichtig, daß erarbeitetes Wissen nie als abgeschlossen, „abgehakt" gilt, sondern ständig erweitert und auf anderer Ebene wieder aufgenommen und neu integriert wird.

Lernspirale:

Die Integration des Wissens der Einzeldisziplinen muß man im Zusammenhang mit der Vorstellung sehen, daß einmal gelerntes Wissen nie als abgehandelt angesehen werden darf. Die Struktur der herkömmlichen Ausbildung erweckt dadurch, daß die Einzeldisziplinen innerhalb eines bestimmten Zeitraums behandelt werden, den Eindruck, sie könnten während dieser Zeit abgeschlossen werden. Die Studierenden benötigen aber während der gesamten Ausbildung und vor allem später im Beruf immer wieder von neuem dieses Wissen. Mit der „Lernspirale" versucht man, diese Tatsache zu einem Ansatzpunkt für die Ausbildung zu machen.

Die Studierenden erarbeiten sich während der Ausbildung kontinuierlich Wissen und Fähigkeiten. Ihr Wissen und ihre Fähigkeiten nehmen im Laufe der Ausbildung an Umfang, Komplexität und Integrativität zu. Die einzelnen Organsysteme werden zu unterschiedlichen Zeitpunkten wieder aufgenommen (z.B. vom physiologischen Zustand zur Pathophysiologie und dann zur Inneren Medizin). Auch die praktischen Fähigkeiten, wissenschaftliche Arbeitsweise und Ethik lassen sich wie ein roter Faden durch das Studium verfolgen. Er ist Teil der Persönlichkeitsentwicklung, die die Studierenden während des Studiums erfahren.

Durch die ständige Wiederaufnahme von Wissensgebieten, die keiner Wiederholung entspricht, kann der erlernte Stoff systematisch erweitert werden, ohne daß die Grundlagen verlorengehen. Das beinhaltet natürlich, daß der Informationsfluß zwischen den Einzeldisziplinen funktioniert und die Lehrenden kontinuierlich über den Wissensstand informiert sind.

McMaster-University Hamilton, Kanada

1965 wurde die medizinische Fakultät gegründet, an der 1970-72 das "medical doctor"-Programm entwickelt wurde. Seit 1975 ist beides an der "Faculty of Health Science", gemeinsam mit Pflegeschule, Beschäftigungs- und Physiotherapie integriert. Grundüberzeugung der Gründer war, daß das Problemorientierte Lernen (POL) nicht nur effektiver, sondern auch wirtschaftlicher als die althergebrachten Lehr- und Lernformen sei. Tatsächlich dauert das Studium in Mc Masters nur 3 statt der sonst üblichen 4 Jahre, wobei in Kanada grundsätzlich ein Bachelor Zulassungsvoraussetzung zum Medizinstudium ist. Während die anderen Unis den Bachelor of Science verlangen, sind in Mc Masters auch andere Richtungen (z.B. Bachelor of Arts) gerne gesehen. Weiter wird seit 1991 von den Bewerbern eine zweijährige Berufstätigkeit verlangt. Trotz der kürzeren Studiendauer sind die Ergebnisse im abschließenden Staatsexamen besser als die der anderen Universitäten.



Ausbildungsziele

Das Ziel sind handlungsfähige, zu lebenslangem Lernen befähigte ÄrztInnen, die einen besseren Bezug zur ärztlichen Primärversorgung haben und sich dem Gesundheitssystem verantwortlich fühlen.

Primäre Ziele werden folgenden Teilbereichen zugeordnet:

· **Wissen:** Aufbau, Funktion und Verhalten des Menschen, sowie präventive, therapeutische, rehabilitative und unterstützende Maßnahmen kennenlernen

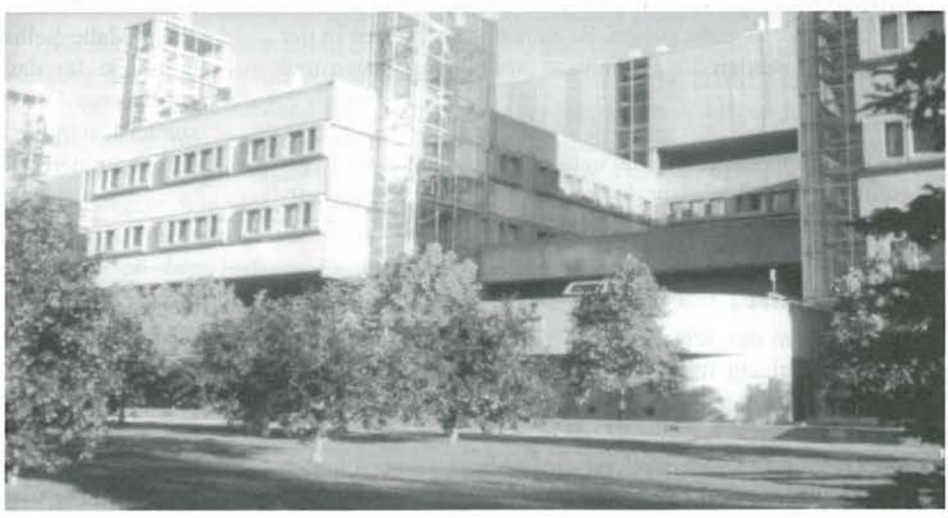
· **Fähigkeiten:** Kritische Beurteilung klinischer Studien; Erwerb, Interpretation, Synthese und Lernen klinischer Informationen, die die Gesundheit von Patienten betreffen, sowie der verantwortungsvolle Umgang damit; In sebstverantwortlichem Lernen den eigenen Wissenszuwachs kontrollieren und auf die Probleme des Patienten anwenden

· **Persönliche Fähigkeiten:** Selbstreflexion und Erkennen eigener Grenzen; Übernahme von Verantwortung für den Genesungsprozeß von Patienten; Produktive Kommunikation und Kooperation mit KollegInnen

Studieninhalte

Das Studium ist in sechs Units aufgeteilt, von denen die ersten fünf jeweils drei Monate dauern, während die sechste Unit in Art und Umfang unserem PJ entspricht: Sie enthält neben Wahlfächern für alle verpflichtende Rotationen in Innere, Chirurgie, Psychiatrie, Pädiatrie, Gynäkologie und Familienmedizin. Während in der ersten Unit neben Untersuchungstechniken und Umgang mit Patienten das Prinzip von Gesundheit und Krankheit aus der Bevölkerungsperspektive, der individuellen psychischen und der biologischen Perspektive gelernt wird, beschäftigen sich die folgenden drei Units systematisch mit dem Aufbau und der Psyche des Menschen. Unit 2: Herz/Kreislauf, Atmung und Urogenitaltrakt, Unit 3: Hämatologie, Gastrointestinaltrakt und Endokrinologie und Unit 4: Neurologie, Bewegungsapparat und Verhaltenslehre. Unit 5 integriert die gewonnenen Erkentnisse wieder zu einer Einheit und setzt sie in Bezug zur Bevölkerung.

FACULTY OF HEALTH SCIENCES McMASTER UNIVERSITY



Ausbildungsformen

Im Zentrum des Lernprozesses steht stets die problemorientierte, selbst dirigierte Kleingruppe. Die Fakultät gibt den Studierenden eher Hilfestellung als Lernanweisungen. Zu jeder Unit existiert eine Sammlung von ca. 14 "papercases", aus denen die Gruppe die für sie relevanten eigenständig auswählt und bearbeitet, ohne daß es ein Pflichtprogramm gibt. Zusätzlich nimmt das Selbststudium einen breiten Raum ein. Hierfür stehen sogenannte "Skillslabs" zur Verfügung. Dies sind mit Übungsmaterial (z.B. Intubationspuppen, Röntgenbildsammlungen, anatomischen und pathologischen Modellen etc.) ausgestattete Arbeitsplätze, die von einem kompetenten Team betreut werden. Im "Teachinglab" ist Kleingruppenunterricht am PC möglich. Zusätzlich existiert eine großzügig angelegte Mediothek, in der auch am Wochenende gearbeitet werden kann (Internet, Lernprogramme etc.). Begleitende Vorträge dienen mehr dem Gesamtüberblick über ein Themengebiet als der Wissensvermittlung.

Prüfungen

Dem Prinzip des "self directed learning" folgend gibt es keine herkömmlichen Prüfungen, sondern eine Evaluation der Fortschritte der Studierenden. Dies geschieht durch Gespräche, Hausarbeiten oder sog. "Objective Structured Clinical Examinations". Vorwiegend geht es darum, dem Einzelnen einen Anhalt über



die Größe seiner Wissenslücken zu geben. Sind diese (auch nach Meinung des Evaluierten) zu groß, gibt es Wiederholungsmöglichkeiten, die zu keiner Verzögerung des Studiums führen. Am Studienende müssen dann alle Studierende in Kanada das einheitliche Staatsexamen (MC, aber auch hierarchisch aufgebaute Problemlösungsfragen) bestehen.

Qualitätssicherung der Lehre

Hierzu dient zum einen die gegenseitige Evaluation der Lehrenden und der Studierenden, aber auch die einzelnen Units werden ständig überprüft und verbessert. Auch findet eine Evaluation gegenüber den "normalen" Unis statt. Neue Dozenten werden besonders in die "neuen" Lehrformen eingewiesen. Das Verhältnis Lehrende zu Lernenden beträgt bei ca. 300 Studierenden ungefähr 1:1; die Studiengebühren belaufen sich pro Jahr auf 3500 $.

zusammengefaßt von Martin Petersen

Schweiz - Das Berner Modell

In der Schweiz wurde seit 1971 (Rossi-Plan) an neuen Plänen zur Reform des Medizinstudiums gearbeitet. Eine Experimentierzeit bot die Möglichkeit, neue Lehrformen auszuprobieren und bestehende, allgemeine, eidgenössische Regelungen außer Kraft zu setzen.

Die Bemühungen konzentrierten sich auf die Reform der klinischen Ausbildung.

3. Studienjahr: Gruppenunterricht
5-tägiger Enführungskurs
Gruppenunterricht (5-6 Studierende) mit einem Betreuer oder einer Betreuerin.
Vormittags: Patientenunterricht.
Lernziele: Aufbau der Arzt/Ärztin-PatientIn-Beziehung, Notfallsituationen meistern, allgemeine Untersuchungsmethoden
Abschluß mit einer Prüfung (Bestehen nicht obligatorisch zum Weiterstudieren)

4. und 5. Studienjahr: Klinische Ausbildung im Blockunterricht
Kursblöcke: Augen, HNO, Derma je 3 Wochen (jeweils mit PatientInnen)
Patho 6 Wochen
Klinische Blöcke: Innere 8 Wochen
Pädiatrie, Chirurgie je 6 Wochen
Psychiatrie, Gynäkologie je 4 Wochen

Letztes Jahr: Wahlstudienjahr
10 Monate praktische Ausbilung in sehr individuell zusammenstellbaren Bereichen.

Den Studierenden steht eine sehr gut ausgestattete Mediothek zur Verfügung mit Videos, Tonträgern, Röntgenbildern, mit Mikroskopen und interaktiven Lernprogrammen für PCs.

Eine Evaluation dient der Qualitätssicherung der Lehre.

Besonders bedeutsam ist, daß den Studierenden der richtige Umgang mit den Patientinnen und den Patienten beigebracht wird und sie diesen durch ihr Verhalten in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht gerecht werden.

Im Mittelpunkt des Interesses stehen außerdem die psychosozialen Fähigkeiten, Kommunikation und Zusammenarbeit mit Pflegepersonal und mit Ärztinnen/Ärzten.

Ein sehr interessantes Lernziel formulierte sich wie folgt: "...die Grenzen der eigenen Leistungsfähigkeit zu erkennen und daraus Konsequenzen zu ziehen."

Es ist überflüssig zu betonen, daß die Ausbildung durch problemorientiertes Lernen zu fortwährendem Lernen und zur Bereitschaft befähigt, die eigene Unwissenheit als Herausforderung und Möglichkeit zu betrachten, ständig dazuzulernen.

zusammengefaßt von Olga Arbach





Deutschland - Privatuniversität Witten/Herdecke

Die Privatuniversität Witten/Herdecke ist eine in Deutschland für ihre fortschrittliche Lernmethoden bekannte Universität. Sie existiert seit 1982 und ist staatlich anerkannt.

Sie hat neben der medizinischen Fakultät auch eine zahnmedizinische, eine wirtschaftswissenschaftliche und eine naturwissenschaftliche Fakultät, das Stiftungsinstitut für das "Studium fundamentale" bietet fakultätsübergreifende Kurse an.

Die Universität ist weltanschaulich ungebunden. Sie hat geplantermaßen keine Universitätsklinik, sondern ist eng an die umliegenden Krankenhäuser und das anthroposophische Gemeinschaftskrankenhaus durch eine Ausbildungskooperation gebunden.

Besonders gelobt wird an der U W/H die gute Umgangs- und Diskussionskultur. Alle zwei Wochen (!) treffen sich die Medizinstudierenden zur Vollversammlung, an der auch der Dekan teilnimmt. Dies und die Begleitevaluation befähigt die Studierenden zu kritischer Teilnahme, die ernstgenommen wird. Allerdings tragen die sehr kleinen Studierendenzahlen (40 Studierende pro Semester) dazu bei, daß das überhaupt möglich ist.

Die Vorklinik:

Das problemorientierte Lernen ist an der U W/H in das Curriculum der Vorklinik integriert.

Dies ist einer studentisch initiierten und getragenen Erprobungsphase zu verdanken.



Es werden idealtypische, konstruierte Patientenfälle in kleinen Gruppen mit TutorInnen (aus dem Lehrkörper) und Co-TutorInnen (Studierende höherer Semester) besprochen, das heißt Begriffsklärung, Problemanalyse, Hypothesenbildung und -prüfung und Formulierung von Lernzielen aus den Fächern Biologie, Chemie, Physik, Anatomie, Biochemie, Physiologie, medizinische Psychologie und Soziologie in der Gruppe.



Die Vorteile liegen auf der Hand: Das bedeutet einerseits Aufhebung der Trennung von Klinik und Vorklinik und andererseits Integration der natur- und sozialwissenschaftlichen Fächer im medizinischen Kontext.

In mindestens 10 Wochenstunden werden die Fälle im Selbststudium erarbeitet und anschließend in der Gruppe besprochen.

Zusätzlich werden Veranstaltungen zu den "Papierfällen" angeboten, und alle Studierenden müssen an Praktika zu den naturwissenschaftlichen Fächern teilnehmen. Der Stundenplan erscheint unglaublich voll, und es wird kritisiert, daß die Ziele der fächersystematischen Approbationsordnung und des problemorientierten Lernens nicht identisch sind und dadurch Schwierigkeiten entstehen.

Die Klinik:

- Rotationsverfahren in den unterschiedlichen Krankenhäusern und Abteilungen oder Praxen
- "Contract learning" mit gemeinsamer Festlegung der Lernziele durch Lehrende und Studierende mit der Möglichkeit der Optimierung bzw. Nachbesserung zur Halbzeit der Kurse
- Erwerbung des Basiswissens in allen Fächern
- Evaluation
- problemorientiertes Lernen und damit intendierte Lernfähigkeit
- Einbezug ganzheitlicher Gesunderhaltungs- und Heilungskonzepte und dadurch Ergänzung der naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin.

zusammengefaßt von Olga Arbach

1. Klinisches Jahr	2. Klinisches Jahr	3. Klinisches Jahr
7 Wochen Innere Medizin	2 Wochen Anästhesie	4 Wochen Pädiatrie
4 Wochen Chirurgie	2 Wochen Theorie	2 Wochen Theorie
3 Wochen Allgemeinmedizin	2 Wochen Augenheilkunde	4 Wochen Psychiatrie
8 Wochen Theorie	2 Wochen Theorie	2 Wochen Theorie
	2 Wochen Dermatologie	2 Wochen Innere Medizin
	2 Wochen Theorie	2 Wochen Theorie
	2 Wochen Gynäkologie	2 Wochen Chirurgie
	2 Wochen Theorie	2 Wochen Theorie
	2 Wochen HNO	
	2 Wochen Theorie	
	2 Wochen Orthopädie	
	2 Wochen Theorie	
	2 Wochen Urologie	
	2 Wochen Theorie	
	4 Wochen Neurologie	



Maastrichter Modell - Faculteit der Geneeskunde

Vorbild für dieses Modell war das Projekt an der McMaster University in Hamilton, Kanada, der einzige zu jener Zeit existierende Reformstudiengang (1970).

Mit 150 Studierenden pro Jahr gleicht der medizinsche Studiengang in seiner strukturellen Vorraussetzung den Lübekker Verhältnissen.

Das Maastrichter Curriculum ist in verschieden lange Blöcke aufgeteilt. Die ersten beiden Blöcke dienen der Einführung sowohl in die Örtlichkeiten als auch in den eigentlichen Studiengang (z.B Struktur und Inhalt des Problemorientierten Lernens). Sie werden von den Lehrenden und von älteren Semestern organisiert. In einem Tutorenprogramm werden ca. 15 Studierende von einem Lehrenden betreut („students counsellor"), der die Gruppe durch das gesamte Studium begleitet.

Das Studium dauert sechs Jahre. Die Studienjahre haben verschiedene Schwerpunkte und bauen aufeinander auf. Die Schulung der Fähigkeiten zur Kommunikation, Anamneseerhebung und körperlichen Untersuchung erstreckt sich über die ersten vier Jahre. Dazu gehört integrativ der zunehmende Einblick in die primärärztliche Versorgung.

Bereits im ersten Studienjahr finden Begegnungen mit SimulationspatientInnen und den „patient instructors" statt. Gleichzeitig wird die Berufsfelderkundung durch Exkursionen zu allgemeinpraktizierenden Ärztinnen und Ärzten, zu Sozialstationen und Sozialarbeitern flankiert.





Einen Tag verbringen die Studierenden auch in einer Notfallambulanz und auf einem Rettungswagen. Am Ende des ersten Studienjahres arbeiten sie für zwei Wochen als Pflegekräfte auf einer Station. Dazu kommen dann ab dem zweiten Studienjahr die Formen des beratenden Gesprächs mit PatientInnen und die körperliche Untersuchung. Parallel zu den Themen des Curriculums gibt es immer drei Gruppensitzungen à zwei Stunden mit acht bis zehn Studierenden pro sechswöchigem Block.

Aufbau des Curriculums:

Jahre 1-4:
Lehre und Lernen finden hauptsächlich in problemorientierten, themenzentrierten, interdisziplinären und praxisnahen Blöcken (jeweils sechs Wochen pro Block) statt, bei denen das Selbststudium im Vordergrund steht. Integraler Bestandteil ist die Ausbildung praktischer Fertigkeiten und der Fähigkeit zu empathischem Einfühlungsvermögen.

Der theoretische Unterricht findet in Kleingruppen statt. Als Arbeitsmaterial dienen u. a. sogenannte „Blockbücher", in denen die Fallbeispiele und Hinweise auf Studienhilfen zusammengestellt sind. Die praktische Ausbildung geschieht im „Skillslab" (siehe unten) oder - in höheren Studienjahren - zusammen mit Ärztinnen und Ärzten und ihren PatientInnen. Besonders zu erwähnen ist die kontinuierliche Ausbildung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, an der die Studierenden zwei- bis viermal pro Semester teilnehmen.

37 Wochen des gesamten Curriculums sind für Famulaturen („electives") freigehalten, die frei oder aus einer von der Fakultät vorgegebenen Liste ausgewählt werden können (mindestens sechs Wochen davon müssen klinischer Forschung gewidmet sein).

Jahre 5 und 6:
Die letzten beiden Jahre unterscheiden sich sehr stark von den ersten vier. Zum ersten Mal verbringen die Studierenden einen Großteil ihrer Lehr- und Lernzeit in der Praxis, meist in stationären Einrichtungen. Sie arbeiten in verschiedenen klinischen Stationen, Arztpraxen und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Neben Unterricht am Krankenbett wird in Maastricht das "Skillslab" exzessiv zum Erlernen pratischer Fertigkeiten genutzt. Im "Skillslab" finden sich Modelle, Puppen, diagnostische Geräte, Mediothek etc., um den Studierenden die Möglichkeit zu geben, fernab des psychischen Druckes praktisch zu üben. Einerseits werden so keine PatientInnen von noch unbeholfenen und ungeschickten Studierenden traktiert, und andererseits können die Studierenden nach ihren eigenen Lernbedürfnissen beliebig oft Übungen wiederholen.

Grob gesehen gliedern sich die Lernfelder des Skillslab wie folgt:
- körperliche Untersuchung
- therapeutische Fähigkeiten (z. B. Verbände anlegen, Intubieren, Nähen)
- Umgang mit Laboruntersuchungen (Urin- und Blutanalysen) und diagnostischen Geräten
- Kommunikationsfähigkeiten (z. B. Gesprächsführung, Beratung)

Auch der Evaluation kommt in Maastricht eine große Bedeutung zu. Sie spielt bereits eine Rolle bei Gehaltserhöhungen und Beförderungen. Wird ein Tutor oder eine Tutorin extrem schlecht beurteilt, findet ein Gespräch mit dem "Educational Commitee" statt. Ändert sich danach nichts, bekommt der Leiter der Abteilung eine Nachricht: ihm wird für die Lehrenden seiner Abteilung ein "Teacher Training" angeboten. Falls sich noch immer nichts ändert, wird eine "Lehrpause" für die betreffenden eingerichtet oder dem Institut werden Mittel für die Lehre gestrichen.



Fazit:

Die Lehre wird entscheidend aufgewertet und als legitimes Feld akademischer Forschung anerkannt. Die Zufriedenheit bei Studierenden und Lehrenden ist laut Umfragen in Maastricht wesentlich höher, das kognitive Wissen nicht geringer als bei AbsolventInnen anderer Fakultäten. Die praktischen Fähigkeiten der Studierenden sind durch die Ausbildung im Skillslab wesentlich besser als nach einer Ausbildung herkömmlicher Art. Durch die spezielle Konstruktion des Prüfungssystems wird prüfungsorientiertes Studieren weitestgehend verhindert. Im Vergleich zu den übrigen Fakultäten in Holland beträgt die durchschnittliche Studiendauer nicht acht, sondern knapp über sechs Jahre. Die Abbrecherquote in Medizin liegt unter 10%, im Gegensatz zu 35% im nationalen Durschnitt. Bei 150 Studierenden pro Jahr in diesem Modell ist der Beweis erbracht, daß man auch mit großen Studierendenzahlen problemorientiertes Lernen und ein horizontal und vertikal integriertes Curriculum verwirklichen kann.

zusammengefaßt von Wiebke Twesten

Das Studium am Kap

Ein Südafrikaner, der in Deutschland famulierte, berichtet.

von Karl Technau

Ich bin südafrikanischer Medizinstudent und habe auf der neuropädiatrischen Station der Kinderklinik der MU Lübeck famuliert. Im Oktober '98 ging mein fünftes Studienjahr an der University of Witwatersrand (Johannesburg) zu Ende. Danach fing meine vierwöchige Famulatur in Deutschland an.

Das südafrikanische Medizinstudium ist folgendermaßen strukturiert:
Im ganzen dauert es sechs Jahre, wovon die ersten drei vorklinische, die letzten drei klinische Jahre sind. Anatomie, Physiologie und Pathologie machen unter anderem in der vorklinischen Spanne die Hauptfächer aus. Ab dem vierten Jahr ist man dann halbtags im Krankenhaus beschäftigt und wohnt dort Visiten und Unterricht bei. Es verläuft in Abschnitten (z.B. Chirurgie, Pädiatrie, usw.) von jeweils einigen Wochen. Nachmittags finden Vorlesungen statt.

In den südafrikanischen Universitäten wird meist nicht nach Semestern, sondern nach Jahren (Januar - November) gearbeitet. Im Oktober oder November wird der Jahresstoff geprüft, und somit hat jedes Jahr ein festes Schema. Es wird zur Zeit überlegt, ob dieses System nicht verändert werden sollte, nach dem Beispiel des australischen Studiums: Nach einem viel kürzeren Vorklinikum sollen klinische Fälle bearbeitet werden, und zwar so, daß Fächer von Anatomie bis Innere Medizin **klinisch relevant** gelernt werden können, und nicht abgesondert in verschiedenen Jahreskursen.

Außer dem eigentlichen Studium gibt es noch andere Unterschiede zwischen Südafrika und Deutschland: Die Krankheitstypen in Südafrika sind oft sehr anders. Man findet nämlich Krankheiten der Dritten *und* Ersten Welt. Krankheiten wie HIV/AIDS, viele andere Infektionskrankheiten und Protein-Energie-Mangel/Unterernährung verursachen bei Kindern die meisten Todesfälle. Auch nehmen in armen und benachteiligten Gesellschaften viele klassisch „westliche" Krankheiten epidemisch zu.

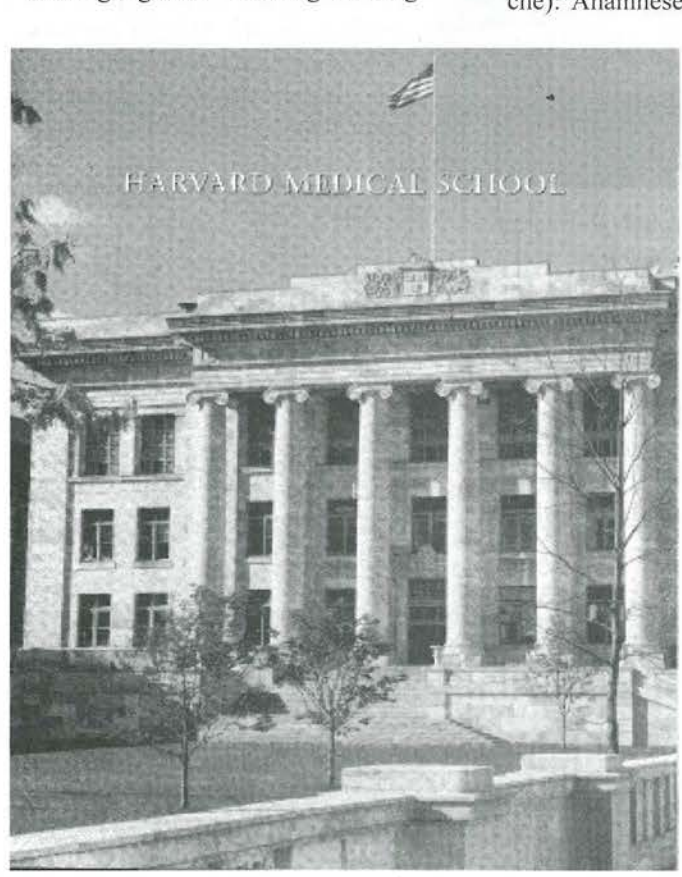
Die Zeit in Deutschland war für mich von der akademischen und medizinischen Seite her sehr interessant, und Lübeck, wo ich so lieb aufgenomen wurde, fand ich besonders schön.

Harvard Medical School Boston, USA

Seit 1985 wird in Harvard nach dem "New Pathway" gelehrt. Er ist das Ergebnis von Überlegungen, sowohl den Inhalt, als auch den Prozeß der medizinischen Ausbildung angesichts des stark zunehmenden und damit für den Einzelnen unüberschaubar werdenden biomedizinischen Wissens zu verbessern.

Kernpunkte des Konzeptes

- gleichwertige Vermittlung von **Einstellungen** (Artztrolle, Interaktion etc.), **Fertigkeiten** und **Wissen**
- sorgfältige Auswahl des nötigen Basiswissens zur Vermeidung von Lernstoffüberfrachtung
- ausreichende Studienzeit für Wahlfächer
- Aufhebung der Fächertrennung, d.h. interdisziplinäres Lernen
- Kleingruppenunterricht: enger Kontakt zwischen Lehrenden und Lernenden
- aktive Ausbildungsmethoden wie Problemorientiertes Lernen (POL) und selbständiges Informationsmanagement
- Betonung der Notwendigkeit des und Befähigung zum "life-long learning"



Studieninhalte

Das Studium dauert, wie in den USA üblich, vier Jahre. Die ersten zwei Jahre bestehen aus dem für alle Studierenden gleichen "vorklinischen" Teil, allerdings erweitert um Patientenkontakt. Die Veranstaltungen finden fast ausschließlich morgens statt, so daß genügend Zeit zum Selbststudium zur Verfügung steht. Der Unterricht findet in aufeinanderfolgenden Blöcken statt.

Zum Beispiel im ersten Studienjahr:
- der Menschliche Körper (8 Wochen): Histologie, Anatomie und bildgebende Verfahren
- Metabolismus und Funktion der Organsysteme (11 Wochen): ausgewählte Themen der Biochemie, Physiologie und Molekularbiologie
- Prinzipien der Pharmakologie (3 Wochen)
- Genetik, Embryologie und Reproduktion (6 Wochen)
- Identität, Mikroben und Abwehr (10 Wochen): Prinzipien der Immunologie, Mikrobiologie und Pathologie
- Patient-Arzt I (ein Nachmittag pro Woche): Anamneseerhebung, Fallbeispiele, Haus- und Praxisbesuche; 6-8 Studierende und ein Tutor
- Sozialmedizin bzw. "Health Care Policy" (zweistündig pro Woche)

Der zweite, klinische Teil setzt sich aus verschiedenen Einheiten von meistens vier Wochen Dauer zusammen, die in unterschiedlicher Reihenfolge absolviert werden. Davon sind 52 Wochen für alle verbindlich und 40 Wochen wahlfrei. Sie finden in den jeweiligen Abteilungen statt. Verbindlich sind:
- Innere: 12 Wochen
- Chirurgie (incl. Notfallambulanz und Anästhesie): 8 Wochen
- Neurologie: 4 Wochen
- Psychiatrie: 4 Wochen
- Radiologie: 4 Wochen
- Ambulante Krankenversorgung: 8 Wochen
- "Womens and Childrens Health": 12 Wochen
- zusätzlich auch hier kursbegleitend: Patient-Arzt III

Prüfungen

Zwar müssen die Studierenden den USMLE bestehen, um die Berufserlaubnis zu erhalten, eine Uni-interne große Studienabschlußprüfung gibt es jedoch nicht. Vielmehr wird großer Wert auf eine kontinuierliche Evaluation der Studierenden durch den Tutor gelegt, der dabei u.a. auf folgendes zu achten hat: angemessene Wissensbasis, Integration des neu erworbenen Wissens in die Gruppendiskussion, Aufstellen eigener Lernziele etc. Zusätzlich werden in den Blöcken Prüfungen abgehalten, die neben dem Wissen auch praktische Fertigkeiten und Problemlösungsstrategien überprüfen.



Qualitätssicherung der Lehre

Der Qualitätssicherung in der Lehre dient zum einen die Evaluation von Kursen, Dozenten und Studierenden, zum anderen die Schulung der Dozenten sowohl in mehrtägigen Workshops als auch durch gegenseitige Observation des Lehrenden mit individuellem Feed-back für den einzelnen.

Den ca. 670 immatrikulierten Studierenden stehen ca.1700 Voll- und 400 Teilzeitprofessoren gegenüber; auf jeden Studierenden kommen also im Schnitt 2,5 Vollzeitprofs (1988). Allerdings betrugen die Studiengebühren 1991 auch ungefähr 18.000 $ pro Jahr.

zusammengefaßt von Martin Petersen

Primary Care Curriculum (PCC) in Albuquerque, Neu Mexiko (USA)



Diese Universität existiert seit 1889, die medizinische Fakultät seit 1964. 1979 wurde der heute immer noch bestehende Reformstudiengang eingeführt, der sich zunächst auf die Vorklinik beschränkte. Später wurde er auf die klinische Aus- und Weiterbildung ausgedehnt. Pro Jahr werden 70 Studierende angenommen.

Ziele des PCC:

1.) Die Studierenden sollen den Lernprozeß selbst steuern und effektiv gestalten, d.h. sie sollen an klinische Probleme wissenschaftlich herangehen (effizientes Nutzen von Informationsquellen, critical paper reading, usw.), sie sollen geeignete Anamnese- und Untersuchungstechniken erlernen und gute Kommunikationsfähigkeit mit den Patienten entwickeln. Hierzu wird hauptsächlich in Kleingruppen (5 Studierende und einE LehrendeR) problemorientiert gelernt (POL).

2.) Studierende sollen als Gegengewicht zum speziellen Lernen von Fächern das Gesundheitsproblem für Patient, Angehörigen und Umwelt verstehen lernen sowie Kosten eines Therapieplanes und Probleme der Kostendeckung entsprechend berücksichtigen können. Hier steht das Sammeln praktischer Erfahrung im Vordergrund. Es wird einmal wöchentlich ein halber Tag auf einer bestimmten Poliklinik gearbeitet; hinzu kommen mehrere Monate Praktika, die man in Praxen in medizinisch unterversorgten ländlichen Gegenden, Polikliniken oder in Form des Unterrichtens jüngerer Studiengänge absolvieren kann.

Das Studium dauert vier Jahre. Innerhalb dieser vier Jahre wird nicht in Klinik und Vorklinik getrennt, sondern der klinische Bezug ist von Anfang an gegeben. Die grundlegenden Fächer werden dagegen bis zum Schluß behandelt. Gelernt wird überwiegend problemorientiert. Im ersten Jahr liegen die Schwerpunkte auf der Morphologie und Funktion des Organsystems, der Einführung in die Krankheitsprozesse, der Mikrobiologie und Pharmakologie. Jede zweite Woche ist Unterricht in Morphologie (makro- und mikroskopische Anatomie), wobei immer der Bezug auf das jeweilige Thema des Tutorials (POL) vorhanden ist. In den Wochen dazwischen liegt klinischer Unterricht. Wenn im Tutorium ein kardiovaskuläres Problem besprochen wird, lernen die Studierenden im Anatomie-Kurs das Herz, während im klinischen Kurs die kardiale Untersuchung und die Auswertung von Rö-Thorax Aufnahmen behandelt werden.

Im zweiten Jahr wird überwiegend organbezogen gelernt. Wie auch im ersten Jahr ist die halbe Woche unterrichtsfrei, um dem individuellen Lernen den zeitlichen Rahmen zu geben und den Übergang zwischen Gruppen- und individuellem Lernen zu fördern.

Im dritten und vierten Jahr findet die Ausbildung gemeinsam mit dem konventionellen Studiengang statt, d.h. fast nur Stationspraktika. Insgesamt gibt es 25 Monate Praktika während des Studiums (d.h. mehr als die Hälfte der Zeit).

Im Vergleich zu einer deutschen medizinischen Fakultät ist das Studium in Albuquerque mit sehr viel Zeit und vor allem Eigeninitiative verbunden. Dafür wird den Studierenden seitens der Lehrenden viel mehr Interesse an der Ausbildung entgegengebracht. Es steht das Konzept von Lernfamilien im Vordergrund, in denen das Gefühl verlorengeht, die Mühlen einer Ausbildungsinstitution ertragen zu müssen, die zum eigentlich erwünschten Beruf führt.

zusammengefaßt von Marc Birnbaum



Reformstudiengang an der Gesundheits-Universität Linköping („Hälsouniversitetet“)

Der Reformstudiengang in Linköping wurde ins Leben gerufen, um die medizinische Ausbildung mehr nach den Bedürfnissen des Gesundheitssystems auszurichten. Man möchte so weit wie sachlich angemessen weg von den kostenintensiven spezialisierten Krankenhäusern. Das hört sich sehr kostenorientiert an, ist aber auch nur eine sehr allgemeine Formulierung. Es gilt, einen Arzt mit völlig neuen Kompetenzen auszubilden. Die Lernziele für das gesamte Studium beinhalten:

- die stärkere allgemeinmedizinische Ausrichtung
- die ganzheitliche Sichtweise
- die Aneignung sozialer Fähigkeiten
- die Schaffung von Möglichkeiten zum selbständigen Lernen
- die Integration von Theorie und Praxis, Einzeldisziplinen und Berufsausbildungen im Gesundheitswesen
- die Neuordnung des Verhältnisses von Empirie und Wissenschaft in den traditionell nicht wissenschaftlich ausgerichteten Berufen

Das Studium dauert elf Semester und gliedert sich in drei Abschnitte. Die einzelnen Abschnitte haben ihre eigenen Lernziele, die sich auch semester- und veranstaltungsbezogen weiter aufgliedern lassen. Im **1.-3.Semester** wird der Komplex **"Zelle, Mensch und Gesellschaft"**, im **4.+5. Semester "Gesundheit und Krankheit"** und im **6.-11. Semester "klinische Medizin, Primärversorgung und Humanbiologie"** behandelt. Die Abschnitte sind bewußt allgemein gehalten, um neuen Anforderungen stets gerecht werden zu können.

Natürlich werden im Endeffekt die gleichen Fächer gelehrt wie bei uns, aber die Unterschiede in einer völlig neuen Herangehensweise sind deutlich:

Im ersten Semester findet eine zehnwöchige Einführung zum Thema "Mensch und Gesellschaft" statt, die bereits eine ganzheitliche Sichtweise einleitet. Gesundheit und Krankheit werden nicht als rein klinische Termini behandelt, sondern werden in einen Zusammenhang mit dem Umfeld, Lebensstil und der Lebensphase des/r Patienten/In gestellt (Prävention!). Dieser sozialmedizinische Blickwinkel findet sich bei uns nicht. Die Eingangsveranstaltung dient auch der Einführung des problemorientierten Lernens, das während des ganzen Studiums als verbindliche Lernform gilt. Im dritten Abschnitt sind die Studierenden schließlich in der Lage, selbst als Tutoren problemorientiertes Lernen durchzuführen. Die bei uns strenge Trennung von Klinik und Vorklinik ist aufgehoben. Bereits ab dem ersten Semester werden Untersuchungstechniken erlernt (erst am Gesunden, später am Kranken) und regelmäßig Patientengespräche in den Distriktpraxen durchgeführt, die auf Video aufgezeichnet werden. Außerdem wird in jedem Semester ein dreiwöchiges Blockpraktikum in einer Bezirksarztpraxis absolviert, was der Ausbildung in Allgemeinmedizin dient.



Die Erarbeitung von Wissen ist vor allem in den ersten fünf Semestern organsystemorientiert. Patientenfälle ("papercases") werden anhand der Fragen, die sie aufwerfen, analysiert (siehe POL). Die Lernspirale ist durch die Strukturierung der Themengebiete konsequent durchgesetzt worden. Wie aus den allgemeinen Lernzielen zu entnehmen, wird den Studierenden auch die Fähigkeit vermittelt, sich mit dem Gesundheitswesen kritisch auseinanderzusetzen und eigene Lösungsstrategien für Problematiken zu entwikkeln. Die Gesundheitsprobleme in verschiedenen Ländern und Kulturen werden in allen Abschnitten thematisiert und problemorientiert besprochen.

Den PJlern bei uns in Deutschland geht es meistens so, daß sie sich anfangs in der Stationsarbeit nicht so einfach zurechtfinden, weil alles neu ist. In Linköping ist sowohl das Verhältnis zu Mitarbeitern (Kommunikationsprobleme) als auch die Dokumentation von Befunden (Krankenblatt, Arztbrief etc.) Bestandteil des Lehrplanes. Nicht zuletzt lernen die Studierenden auch, wie man sich wissenschaftliche Informationen beschafft und wie man sie kritisch bearbeitet.

Wenn man auch berücksichtigen muß, daß die Studierendenzahl eine um ein Vielfaches geringere ist, stellt die Reform in Linköping trotzdem eine sehr gelungene Lösung dar, die man sich als Vorbildmodell vorstellen kann.

zusammengefaßt von Wiebke Twesten

LINKÖPINGS UNIVERSITET · HÄLSOUNIVERSITETET
HÄLSOUNIVERSITETET

München-Harvard-Modell:

München hat einen engen Kontakt zu der amerikanischen Universität Harvard aufgebaut, um deren Konzept der medizinischen Ausbildung in Ansätzen auf München zu übertragen. Experten aus Harvard haben für das Know-how gesorgt, was allerdings nicht ohne finanzielle Entschädigung vonstatten ging. Gewissermaßen wurde das Modell gekauft. Im Dezember konnte es von fünf Studierenden der MUL für eine Woche „life“ erlebt werden. Im Gegensatz zu vielen anderen „Reform-Unis“ ist in München nicht der gesamte Studiengang umstrukturiert worden, sondern es wurde in einigen klinischen Semestern jeweils ein Block eingeschoben, der neue Lehr- und Lernformen etablieren soll. Diese Blöcke sollen wesentliche Elemente der im jeweiligen Semester zu vermittelnden Fächer integrativ behandeln. Bisher wurden ein kardiovaskulärer und ein infektions-immunologischer Kursblock eingeführt. Der einzelne Kurs besteht in der Regel aus einer morgendlichen Vorlesung, 5 Tutorials von jeweils 2 Stunden Dauer pro Woche, praktischen Übungen und Laborbesuchen an 2 Tagen der Woche. Zusätzlich zu den Kursen werden alljährlich 10-15 PJ-Studenten aus München für zwei Tertiale nach Harvard geschickt, um unter anderem zu Tutoren ausgebildet zu werden. Leider scheint das Auswahlkriterium - vor allem Veröffentlichungen und Güte der Doktorarbeit - etwas verfehlt.

> Patientenkontakt findet nur auf dem Papier statt.

Die Tutorials stellen den Kern des Projekts dar: in ihnen setzen sich die Studierenden mit ihrem Tutor in Form des Problemorientierten Lernens mit Papierfällen auseinander. Die Tutoren sind speziell für die Tutorials ausgebildet worden, und auch die Vorlesenden werden durch externe Evaluation ständig in der Qualität ihrer Lehre kontrolliert und motiviert, Verbesserungen einzubringen. Die Vorlesungen und Praktika sind auf die „Fälle“ abgestimmt und bieten für sie die systematischen Grundlagen. Die starke Gewichtung des POL führt zu einer erhöhten Lernmotivation und besserer Einprägsamkeit. Der konsequente Kleingruppenunterricht führt zu Teamarbeit, Diskussionskultur und Kritikfähigkeit. Für Fragen stehen in den verschiedenen Fächern persönliche Ansprechpartner zur Verfügung, was das Verhältnis von Lehrenden und Lernenden entscheidend verbessert. Neben dieser Informationsquelle wurden für die einzelnen Gruppen neue Bücher angeschafft, die den Teilnehmern jederzeit leihweise zur Verfügung stehen. Zusätzlich wurden die Bibliotheksöffnungszeiten verlängert. Der Blockunterricht bewirkt eine fächerübergreifende Bearbeitung und eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Themenkomplex. Auch die kritische Analyse wissenschaftlicher Informationen (critical paper reading) ist Bestandteil des Lehrprogrammes. Der Lernerfolg des Kurses wird nicht durch MC-Fragen überprüft, sondern durch den sogenannten Triple-Jump: jede(r) Studierende bekommt einen „Papierfall“ vorgelegt, mit dem er sich zunächst schriftlich auseinandersetzt. Bis zum nächsten Tag hat er dann die Möglichkeit, sein Wissen zu dem Thema zu vertiefen. Dann findet noch eine mündliche Prüfung statt, die auch die Grundlagen zum Themengebiet erörtert.



> Praktische Ausbildung und Schulung sozialer Kompetenz kommen nach wie vor viel zu kurz.

> Keine Verzahnung von Klinik und Vorklinik!

Leider scheint es aufgrund der hohen Studierendenzahl nicht möglich zu sein, das Modell auf die Vorklinik auszudehnen. Dadurch fällt die Verzahnung von Klinik und Vorklinik von vornherein weg. Ob ein isolierter Kurs von drei Wochen innerhalb der alten Strukturen, die stark unter Zeitdruck geraten, sinnvoll ist, bleibt fraglich. Der Reformcharakter tritt hinter den Modellcharakter. Patientenkontakt, der eigentlich immer im Forderungskatalog ganz oben steht, findet in München nur auf dem Papier als „papercase“ statt. Dadurch kommt einerseits die praktische Ausbildung und andererseits auch die Schulung sozialer Kompetenz nach wie vor viel zu kurz.

Insgesamt muß man sagen, daß nach der persönlichen Erfahrung die negativen Aspekte überwiegen. Einige sinnvolle Ansätze (vor allem POL) sind vorhanden, aber die Reform wirkt doch eher wie eine Notlösung, mit der man den gesamten Umbau zu verhindern wußte. Ein im alten System verloren wirkender Block pro Semester ist einfach nicht genug.

zusammengefaßt von Wiebke Twesten





Hier läßt man die Lehre nicht im Regen stehen.

Wann immer ich nach meinem Aufenthalt in Norwegen gefragt werde, fange ich an zu erzählen, bis mir der Mund austrocknet und ich mich fragen muß, ob ich nicht wieder zu viel quatsche! Aber es war eine sehr ereignisreiche Zeit dort und das bedeutet: Es gibt eben viel zu erzählen.

Als ich im März 1997 "ausgelost" wurde, einer der Bergen-Stipendiaten zu sein, war ich keineswegs nur begeistert. Es sollte mein erster Auslandsaufenthalt sein, der nicht Urlaub war. Ich sollte ein Semester in einem Land studieren, dessen Sprache ich nicht sprach, und an einem Ort in Norwegen, wo Zeitungen auf ihrer Wetterseite für diese Stadt eine eigene Skalierung der Niederschlagstabellen drucken müssen, weil es in dieser Stadt mehr regnet als anderswo in Europa.

Die Rede ist - Kenner werden das bereits erraten haben - von Bergen; zweitgrößte Stadt Norwegens, ebenfalls alte Hansestadt und daher mit Lübeck historisch verbunden. Daneben beherbergt Bergen eine von vier medizinischen Fakultäten des Landes und ist mit der MUL seit vielen Jahren durch eine enge Partnerschaft verbunden. Dieser Partnerschaft haben es jedes Jahr vier Studierende aus Lübeck und aus Bergen zu verdanken, ausgestattet mit einem üppigen Stipendium, in dem jeweils anderen Land ein Semester studieren zu können. Voraussetzung ist lediglich das Interesse für das Land, ein "wenig" Sprachkenntnisse im voraus (glaubt mir: es lohnt sich) und das erste Staatsexamen. Sind diese Formalien dann erledigt, hat man die Eintrittskarten für eine ungeheuer intensive Zeit in einem wunderschönem Land.

Intensiv ist die Zeit dort sowohl in Bezug auf die Freizeit als auch auf das Studium. Ihr werdet erleben, daß es richtig Spaß machen kann, Medizin zu studieren. Ihr werdet verwundert feststellen, daß man Euch mit allen Mitteln etwas beibringen will, und daß Hochschullehrer es toll finden, Euch etwas beibringen zu können.

Gute Vorlesungen sind dort die Regel und nicht die Ausnahme. Deshalb erscheinen die Studierenden des jeweiligen "kulls" auch fast vollständig (ganze 60 Studierende) zur Vorlesung. Bei sehr guten Vorlesungen wird dann auch applaudiert bzw. geklopft. Ich habe mich gefragt, warum wir hier eigentlich jede Vorlesung "beklopfen", egal wie grottenschlecht diese auch gewesen sein mag.

Es gibt kleine Gruppen, eine wunderbar entspannte Atmosphäre, die es erlaubt, wirklich alle möglichen Fragen auch noch dreimal wiederholend zu stellen, ohne daß der Professor Euch das Gefühl gibt, zu blöd zu sein. Außerdem macht man die wunderbare Erfahrung, daß das Verhältnis zwischen Professoren und Studierenden, zwischen Ärzten untereinander sowie zwischen Ärzten und Schwestern von gegenseitigem Respekt geprägt ist. Ja, Ihr habt richtig gelesen: gegenseitigem Respekt! Dieser Respekt, gepaart mit einer guten praktischen Ausbildung, bringt viele gut ausgebildete, selbstbewußte junge Ärzte hervor. Die werden noch dazu anständig bezahlt (wer will, auch schon während des Studiums) und sind außerdem in der Lage, sich gegenseitig um Rat und Hilfe zu fragen. Da ist es sogar möglich, daß sich der Oberarzt nicht aufspielen muß, sondern die Atmosphäre es erlaubt, daß sogar junge Ärzte und Schwestern um Rat gefragt werden können! Warum produzieren wir hier in Deutschland eigentlich nur junge ÄrztInnen mit umfangreichem theoretischen Westentaschenwissen, die mit zitterndernden Knien und kleingehacktem Selbstbewußtsein erst nach sechs Jahren Studium anfangen, das wirklich Praktische und für den medizinischen Alltag Nützliche zu lernen? Warum werden wir nicht anständig ausgebildet und anschließend anständig für unsere Arbeit bezahlt?....Aber ich schweife mal wieder ab.

In Norwegen jedenfalls bekommt auch das Wort "Praktikum" wieder seine Bedeutung. Die praktische Ausbildung nimmt einen viel größeren Teil der Ausbildung ein als bei uns. So werden beispielsweise im Augenkurs die Augen solange gespiegelt, bis auch wirklich der letzte Student den Augenhintergrund erkennt und differenzieren kann. Da werden Nasen tamponiert und wird in Ohren geschaut (und von den Studierenden Patienten vorgestellt), bis alle Kursteilnehmer alles beherrschen. Zeitdruck und Pieper oder gar fehlende Motivation scheinen die norwegischen Professoren nicht zu kennen. Vielleicht sind sie - oder haben sich aber auch nur - besser organisiert!

Das Praktikum der Gynäkologie besteht u.a. darin, daß einem der Professor Untersuchungsmethoden, Modelle, Instrumente, Procedere, Formulare, etc. in aller Ruhe erklärt und anschließend stundenlang Zeit ist, selbst an den Modellen zu untersuchen. Immer wird auch Hilfestellung von den Professoren angeboten. Fragt man beispielsweise, wie und wann eine Spirale eingesetzt wird, gibt es eine kurze Erklärung mit anschließender kleiner Diskussion, und schon liegt da auch schon ein Modell, an dem man üben kann, wie eine Spirale eingesetzt wird. Von den Modellen dann in die Klinik, wo dann selbstverständlich Frauen (unter Anleitung der Fachärztin oder des Facharztes) auch von Studierenden untersucht werden.



Det medisinske fakultet



Ist man zu unsicher, geht der Prof auch gerne noch mal mit Dir und anderen wieder an die Modelle und versucht engagiert, Dir die Angst und die Unsicherheit vor der Untersuchungssituation zu nehmen.
Ach ja, Geburten. Um seinen "Gyn-Schein" zu bekommen, muß man bei drei Geburten assistiert und zwei Geburten selbst geleitet haben!!!
Alles in allem habe ich dort mehr über Frauenheilkunde erfahren, als ich hier je hätte lernen können. Der hiesige "Gynknast", in Lübeck eine der deutlich besseren Lehrveranstaltungen, verkommt angesichts dessen, was offensichtlich möglich ist, zur Farce!

Es gäbe noch viele Anekdoten aus Bergen zu berichten, die zu schreiben ich hier nicht den Platz habe. Festzustellen bleibt in jedem Falle, daß sich allein schon wegen der Lehre das Studieren in Norwegen lohnt.

Neben dem Studieren bietet das Bergen-Stipendium auch noch einen kostenlosen Sprachkurs, der dreimal in der Woche jeweils zwei Stunden am Sprachinstitut der Uni Bergen stattfindet. Dieser Sprachkurs ist, ehrlich gesagt, an manchen Tagen eine ziemliche Qual gewesen, weil er abends (nach einem anstrengendem Tag) stattfindet, und man bei Regen, Schnee oder/und Kälte 20 Minuten auf dem Fahrrad sitzt, bis man vom Studentenwohnheim "Alrek" zum Ort des Sprachkurses gelangt ist. Auch wenn wir in diesem Jahr ein wenig Pech mit unserer Sprachlehrerin hatten, so lohnt es sich doch, diesen Sprachkurs abzuschließen. Denn erstens entsteht Druck, sich ständig mit der Sprache auseinanderzusetzen, zu lesen etc., und zweitens ist das Sprach-Zertifikat nicht ganz unwichtig, wenn man vorhat, in Norwegen Geld zu verdienen.

Die sozialen Kontakte gestalten sich je nach eigenem Charakter schwierig bis nicht so schwierig. Bedingt durch die Benutzung einer gemeinsamen Küche im Wohnheim findet man fast automatisch Kontakt zu Norwegern bzw. Norwegerinnen. Der Kontakt zu KommilitonInnen an der Uni ist freundlich, aber (zunächst) oberflächlich. Aber auch da gibt es ganz unterschiedliche Erfahrungen.

Sicher ist jedenfalls, daß in Norwegen eben alles seine Zeit braucht. Man muß



sich dieses Land und seine Bewohner langsam erobern, und es gilt, einige norwegische Eigenarten zu entdecken. (Beispielsweise habe ich in meinem ganzen bisherigen Leben nicht so viele Formulare ausgefüllt wie dort.) Zu entdecken gibt es für Studierende viel in Norwegen. Neben den hohen Preisen für die Lebenshaltung beispielsweise gibt es für Studierende eine Menge ermäßigte Preise - fürs Zugfahren (-60%!!!), fürs Fliegen, für den Wanderverein etc. Und man ist auf jeden Fall gut beraten, möglichst viele der Angebote für Studierende auszuprobieren. Es macht Spaß, und man lernt Land und Leute kennen.

Tja, und abschließend muß ich nochmal über das Wetter berichten. Ich glaube, das Schwierigste an dem Aufenthalt in Norwegen ist das Wetter. Es kann Euch passieren, daß es mindesten zwei Wochen lang durchgehend regnet. Das heißt, zur Grundausstattung gehört auf jeden Fall wasserdichtes Regenzeug einschließlich Südwester und Gummistiefel. Im Winter regnet es also, und zudem wird es tagsüber gar nicht richtig hell. Das heißt, um 9.00 Uhr morgens dämmert es erst, um 12.00 Uhr dämmert es immer noch, und um 15.30 Uhr ist es dann schon wieder Nacht. Und es hat immer noch nicht aufgehört zu regnen. Tag für Tag. Das drückt doch ziemlich auf die Stimmung. Nicht wenige haben hier ihre erste richtige depressive Phase erlebt. Es gehört schon ein bißchen mehr Motivation dazu, sich aufzuraffen, aber wenn man es dann schafft, erlebt man eigentlich immer irgendwelche tollen Sachen.

Mir ist der Abschied von Norwegen und von Bergen sehr schwer gefallen. Ich gehöre jedoch zu den infizierten Menschen, die auf jeden Fall wieder zurückgehen werden. Nicht nur der schönen Natur und der manchmal etwas wortkargen Menschen wegen, sondern auch, weil ich weiß, daß ich dort als lernender, werdender Arzt viel lernen kann. Außerdem kann man in einer wirklich guten, sozialen und familienfreundlichen Atmosphäre arbeiten.

Wer neugierig geworden ist und mehr Informationen über das Bergen-Stipendium oder Details wissen möchte, kann sich an Frau Seemann (Akademisches Auslandsamt, Tel. 500-3012) oder an die Redaktion der *bauchpresse* wenden.

Jens Schulze



Berliner Reformstudiengang Medizin

Der Berliner Reformstudiengang Medizin hat seine Wurzeln im UNiMUT-Streik der Studierenden im Wintersemester 1988/89. Dieser viele Fachbereiche umfassende Streik prangerte damals strukturelle und inhaltliche Mängel der universitären Ausbildung an. Auch nach dem Abebben dieser landesweiten Unmutsbekundung arbeitete in Berlin eine Gruppe Medizinstudierender, ausgehend von einer grundlegenden Kritik am bisherigen, naturwissenschaftlich geprägten, mit Lehrinhalten überfrachteten und praxisfernen Medizinstudium, weiter an der Idee eines alternativen Studiengangs. Angespornt und inspiriert wurden sie dabei durch die guten Beispiele der schon bestehenden internationalen Reformuniversitäten. Inzwischen liegt das Curriculum des Berliner Reformstudiengangs Medizin umsetzungsfähig vor. Einzige Voraussetzung für den Start ist die Einfügung der „berühmten" Modellstudiengangsklausel in die Approbationsordnung. Geplant ist, zunächst zu jedem Wintersemester 60 Studierende per Losentscheid für den Reformstudiengang zuzulassen.

Ausbildungsziele

Intendiert ist eine Veränderung der Ausbildung im Sinne einer natur- und geisteswissenschaftlich fundierten, ganzheitlichen Medizin. Nach abgeschlossener Ausbildung soll der/die in diesem Geiste ausgebildete Arzt/Ärztin:

- über ausreichende Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten verfügen;
- ärztliche Entscheidungen unter Einbeziehung ethischer, wirtschaftlicher und ökologischer Aspekte treffen können;
- in der Lage sein, die eigene Kompetenz einzuschätzen (Reflexionsfähigkeit) und im Team zu arbeiten;
- Wissen und Fertigkeiten an PatientInnen, deren Angehörige und medizinisches Fachpersonal vermitteln (Kommunikativität);
- bereit sein, sich auch nach dem Studium in eigener Verantwortung fortzubilden;
- zum wissenschaftlichen Denken und Arbeiten befähigt sein.

Lehr- und Lernformen

Das Berliner Konzept setzt statt auf das traditionelle, hierarchische Verhältnis zwischen Lehrenden und Lernenden (= Reproduzierenden) vielmehr auf Partnerschaftlichkeit im Lernprozeß und auf mehr Eigenverantwortung der Lernenden (undirektionales Lernen). Deshalb soll im Reformstudiengang hauptsächlich die Form des Problemorientierten Lernens (POL) eingesetzt werden (siehe Kasten Seite 42). Außerdem sollen die Lerninhalte im Sinne der „Lernspirale" (siehe Seite 42) im Laufe des Studiums mit zunehmender Komplexität immer wiederkehren.

Lerninhalte

Die Trennung in Vorklinik und Klinik ist im Berliner Reformstudiengang völlig aufgehoben. Anhand konkreter Problemstellungen werden die natur- und geisteswissenschaftlichen Grundlagen von Beginn des Studiums an zusammen mit den klinischen Inhalten vermittelt. Der erste Studienabschnitt (1. bis 5. Semester) orientiert sich dabei weitgehend an Organen bzw. Organsystemen und beinhaltet wöchentliche Hospitationen in einer ärztlichen Praxis. Der zweite Studienabschnitt (6. bis 10. Semester) ist nach Lebensabschnitten gegliedert und umfaßt mehrwöchige Blockpraktika in



klinischen Fachgebieten. Im Anschluß daran ist wie bisher das Praktische Jahr vorgesehen.

Die Themenauswahl erfolgt grundsätzlich nach folgenden Kriterien:

- Häufigkeit der Erkrankungen,
- Bedeutung der Erkrankung in der primärärztlichen Praxis,
- exemplarische Bedeutung der Erkrankung für das Verständnis grundlegender bio-psycho-sozialer Zusammenhänge,
- Bedeutung von Krankheitssymptomen, die ein sofortiges Eingreifen des Arztes/der Ärztin erfordern.

Wöchentliche Seminare bzw. Übungen zu den Themenbereichen „Gesundheitswissenschaften", „Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns", „Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens" und „Interaktion" sowie ein integriertes Studium Generale sollen die Studierenden befähigen, medizinische Inhalte in Zusammenhang mit psychosozialen Aspekten zu stellen und kommunikative Kompetenz zu erwerben. Die Studierenden haben außerdem die Möglichkeit, Wissen und Erfahrungen aus Gebieten eigener Wahl im Rahmen von Pflichtpraktika zu vertiefen.





Evaluation

Der Reformstudiengang soll in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Statistik an der Freien Universität Berlin von einer kontinuierlichen externen Evaluation begleitet werden.

Umsetzbarkeit

Wegen der völligen Aufhebung der Trennung in Vorklinik und Klinik ist dieser Reformansatz nicht mit der momentan gültigen Approbationsordnung kompatibel. Ganz bewußt ist das Berliner Modell so konzipiert, daß zu seiner Verwirklichung eine Experimentierklausel in der Approbationsordnung nötig ist. Nachdem nicht nur Studierende das Einfügen einer solchen Modellstudiengangsklausel in die bestehende Approbationsordnung als Minimalkonsens einer Reformierung des Medizinstudiums seit Jahren vergeblich fordern, sieht ein aktueller Referentenentwurf aus dem Bundesbildungsministerium endlich eine solche Klausel vor. Dadurch ist eine Verwirklichung der Berliner Modellvorstellungen nach langen Jahren des Wartens in greifbare Nähe gerückt.

zusammengefaßt von Moritz Gerhardt

Abbildung 1: Thematische Gliederung

Phase I (Wochen 1.–16.)						
Semester 1	Orientierung	Bewegung	Flüssigkeitshaushalt/Herz-Kreislauf	1.Hilfe	Prüfungen	
Semester 2	Atmung	Ernährung/Verdauung/Stoffwechsel	Pflegekurs	Prüfungen	+ 6 Wochen Pflegepraktikum	
Semester 3	Sexualität/Geschlechtsorgane/Hormon	Blut	Entzündung/Abwehr	Prüfungen		
Semester 4	Nervensystem/Koordination	Blockpraktikum Wahlpflicht	Elektrolyte/Niere	Prüfungen		
Semester 5	Haut	Sinnesorgane	Psyche und Erleben	1.Hilfe	Prüfungen	
Phase II						
Semester 6	Blockpraktikum Gynäkologie	Schwangerschaft/Geburt/ Neugeborenes	Säugling/Kleinkind	Prüfungen	+ 2 Monate Famulatur	
Semester 7	Blockpraktikum Pädiatrie	Schulkind	Adoleszenz	Lebensmitte I Lunge, Herz, Gefäße; Stoffwechsel	Prüfungen	
Semester 8	Blockpraktikum Neurologie	Lebensmitte II Schmerz, Behinderung, chron. Erkr.	Blockpraktikum Psychiatrie	Prüfungen		
Semester 9	Blockpraktikum Innere	Lebensmitte III Neoplasien, Infektionen, Multimorbidität	Blockpraktikum Geriatrie	Prüfungen		
Semester 10	Blockpraktikum Chirugie	Blockpraktikum Wahlpflicht	Berufs- u. Zivilisationskrankheiten	1.Hilfe	Prüfungen	
Phase III	Praktisches Jahr (je Trimester Innere, Chirurgie, Wahl)					

zu guter Letzt: Zukunftsvision - Reformstudiengang in Lübeck

Noch sind wir weit davon entfernt, aber im Ausschuß „Reformstudiengang" des Konvents planen und streiten wir eifrig mit den Profs. Der große Streitpunkt ist und bleibt, ob man den gesamten Studiengang umstrukturiert, um eine sinnvolle Einheit zu schaffen, wie wir es favorisieren, oder ob man wie in München einzelne Blöcke einbaut, weil es den Profs auf den ersten Blick praktikabler scheint. Einig sind wir uns darüber, daß die Vorklinik mit einbezogen werden muß, aber zuallererst streben wir eine Umstrukturierung des ersten klinischen Abschnitts an. Dieser Abschnitt soll der Ausgangspunkt sein für weitere Untaten. Wir (die Studierenden) arbeiten an einem Entwurf für eine komplette Umstrukturierung in Form von fächerübergeifendem Blockunterricht, während die Profs einen isolierten Infektions-Immunologischen Kurs wie in München planen. Beim nächsten Treffen kurz vor den Semesterferien wird dann verglichen.

Über neue Errungenschaften im Kampf um ein besseres Studium werden wir Euch auf dem Laufenden halten. Wer aber Neuigkeiten vor dem nächsten Erscheinen der *bauchpresse* erfahren will oder seine Kritik an unserem Studium einbringen möchte (wer weiß, was sonst bei der Planerei herauskommt, vielleicht führen wir die Prügelstrafe wieder ein), der sei herzlich eingeladen, sich an Moritz (Tel:71757) oder Wiebke (Tel:7063299) zu wenden.

wt



Medizinische Universität Lübeck M·U·L

$$I = \frac{\pi r^4 \Delta p}{8 l \eta}$$

Über den Sinn und Unsinn der Physik im Medizinstudium

oder: wozu muß ich wissen, wieviel Materie (in Mt) pro Sekunde auf der Sonne durch Kernfusion in Energie umgewandelt werden muß, um die Strahlungsintensität von $I=1{,}36 * 10^3\ Wm^{-2}$ auf der Erdoberfläche aufzubringen?

Die Physiker behaupten, Physik sei die wichtigste Naturwissenschaft. Vielleicht haben sie ja sogar recht, aber Tatsache ist, daß man als Medizinstudentin oder Medizinstudent primär an Medizin interessiert ist, und nicht an Physik. Diese kann sicherlich sehr interessant sein - bei entsprechenden Fähigkeiten des Lehrenden; schlecht vorgetragen ist sie eine Zumutung. Aber selbst, wenn man sie interessant fände, bliebe da noch die Frage nach dem Nutzen. Wenn ich so auf meine Zeit nach der Physik-Klausur schaue, fallen mir lediglich drei Begebenheiten ein, wo mir mein Physikwissen (wenn man es denn so nennen möchte) vom Nutzen war:

1. Im Physikum wird bekanntlich Physik geprüft (15 von 320 Fragen),
2. Das Hagen-Poiseuillesche Strömungsgesetz trifft man in der Physiologie wieder, und
3. Die radiologische Diagnostik basiert auf physikalischen Prinzipien.

Zum letzteren möchte ich allerdings anmerken, daß ein guter Radiologe meiner Meinung nach <u>nicht</u> durch seine Physikkenntnisse bestechen sollte, sondern eher durch seine Fähigkeit, Röntgenbilder gut zu erstellen und sie dann zu interpretieren. Davon mal abgesehen besteht man die Radio-Klausur normalerweise auch ohne zu wissen, wie eine Röntgenröhre funktioniert.

So gesehen wäre der Beitrag der Physik zu meiner Ausbildung als Arzt eher gering einzuschätzen. Doch aus irgendwelchen Gründen gestaltet sich der Erwerb des Physikscheins in Lübeck als eine schwere Hürde. Es gibt Studierende, denen nur noch der Physikschein fehlt, und die deswegen ihr Physikum um ein oder zwei Semester verschieben müssen. Sie haben die "schweren" und wichtigen Scheine wie Anatomie und Physiologie in der Tasche (die beiden Fächer sind strenggenommen die einzig relevanten für die Klinik) und es ist völlig unverständlich, warum Ihnen aufgrund von "mangelnden Physikkentnissen" der Zugang zum weiteren Studium verwehrt wird.

Ich wage zu bezweifeln, daß Studierende, die den Physikschein im ersten Anlauf geschafft haben, wirklich mehr von Physik wissen, als die, die im "Sieb" der Physiker hängen bleiben. Aber das soll nicht der Punkt sein. Das Entscheidende ist doch, daß man das Augenmaß bewahren muß, und alles relativ sehen sollte (so wie Einstein...). Physik ist nun mal im Medizinstudium ein kleines Nebenfach, und das sollte auch Herr Trautwein wissen. Es ist insofern völlig unverständlich, warum man sich aufführt wie eine Diva, der alles zu Füßen liegen muß und die keinen Widerspruch duldet. Es gibt in der Vorklinik genügend größenwahnsinnige Anatomen und Physiologen, die ihr Fach für das wichtigste in der Medizin halten. Da sollten die Physiker nicht mitmischen, weil sie da nicht mithalten können. Vielleicht wäre es ganz anregend, mal in den Weltraum zu schauen und festzustellen, daß man doch nur kosmischer Staub ist, und nicht eine Galaxis.

Alle diejenigen, die Probleme beim Erwerb des Physikscheins haben, finden nebenan einen Blanko-Physikschein. Über seine Anerkennung beim Landesprüfungsamt muß allerdings noch verhandelt werden.

mf





Institut für Physik

Bescheinigung

über die Teilnahme am

Praktikum der Physik für Mediziner

Die Studentin

geboren am in

hat im Sommersemester 1997 vom 01.04.97 bis 11.07.97

an der oben genannten Unterrichtsveranstaltung regelmäßig und mit

Erfolg teilgenommen und die dafür vorgeschriebenen Vorlesungen

regelmäßig besucht.

11. Nov 98

Siegel

Lübeck, den ~~11.07.97~~



A. Einstein

(Unterschrift der verantwortlichen Lehrkraft/Lehrkräfte)



Neues aus der Fachschaft Medizin:

Da sich in der Fachschaft Medizin in letzter Zeit einiges bewegt und verändert hat, möchten wir uns und unsere Aktivitäten noch einmal kurz vorstellen:

Wir sind im Rahmen der Gremienwahlen als Vertretung aller Studierenden der Medizin nach innen und außen direkt gewählt worden (es dürfen aber gerne auch Nichtgewählte mitarbeiten!) und sind Ansprechpartner für fachliche Angelegenheiten von studentischer Seite.

Gleichzeitig bemühen wir uns, zwischen Professoren- und Studierendenschaft zu vermitteln, Mißstände zu beseitigen und neue Konzepte zu erarbeiten. Hier sei vor allem die EVA-Gruppe genannt, die sich mit der Evaluation der Lehre auseinandersetzt.

Daneben existieren einige kleinere Projekte der Lehre, für die wir auch gerne Anregungen und Kritik entgegennehmen. Unter diesen hat der Injektionskurs für klinische Semester dank der guten Zusammenarbeit mit der Poliklinik für Innere Medizin schon Tradition.

Für die klinischen Semester sammeln wir außerdem Angebote für Doktorarbeiten, die uns von den Instituten dankenswerterweise zugesandt werden. Aber nicht nur für die Dissertation, sondern auch für andere medizinische Fragen stellen wir Informationen zur Verfügung. So haben wir z. B. mehrere medizinische Zeitschriften abonniert, die im AStA - Haus 24 - gelesen werden können.

Dort findet auch einmal im Jahr ein Kittelverkauf statt, und dort geben wir außerdem Altklausuren, Skripten und Examenspakete heraus, ermöglicht durch einige Studierende, die uns z. B. ihre ausgearbeitete Mitschrift, und durch einige Institute, die uns Aufgaben oder Folien-Kopien überlassen.

Wegen der hohen Verluste, die beim bisherigen Selbstkopieren entstanden sind, haben wir auf ein neues System umsteigen müssen und Materialien vervielfältigen lassen bzw. vorkopiert.

Die Ausgabe erfolgt jetzt während unserer Öffnungszeiten montags und mittwochs 13:15 Uhr bis 15:00 Uhr sowie freitags 12:00 Uhr bis 14:00 Uhr im AStA - Haus 24.

Wir hoffen auf gute Zusammenarbeit und steigendes Engagement und laden herzlich ein zur nächsten Sitzung am Montag um 18:30 Uhr, beginnend zusammen mit der AStA-Sitzung.

Die Fachschaft Medizin:

Susanne Haase
Celestine Haenisch
Annika Hansen
Maike Hansmann
Dietmar Klaas
Rainer Mario Poll
Marion Rapp
Tonia Sohns



Informatiker unterwandern den AStA

Liebe Kommilitoninnen und Kommilitonen!

Wir freuen uns, Euch an dieser Stelle Euren neuen AStA (Allgemeinen Studierendenausschuß) vorstellen zu können. In dieser Zusammensetzung gibt es ihn seit dem 8. November des vergangenen Jahres. Erinnert Ihr Euch an die Hochschulwahlen Mitte'98? Das damals gewählte 27. StuPa (Studierendenparlament) trat an eben diesem 8. November zu seiner konstituierenden Sitzung zusammen, auf der die AStA-Mitglieder in ihre Ämter gewählt wurden.

Dabei geschah Sensationelles: Nachdem die überragende Zahl der Medizinstudentinnen und -studenten an dieser Hochschule sich bislang auch in der Zusammensetzung des AStA zeigte, kommen nun drei von zwölf AStA-Mitgliedern von dem jungen, aufstrebenden Fach der Informatik. Während in der gesamten Studierendenschaft der Informatik-Anteil bei knapp 14% liegt, sind 25% der AStA-Mitglieder Vertreter dieses Studiengangs. Bemerkenswert ist dabei, daß der Vorsitzende des AStA und sein Stellvertreter beide Informatik studieren. Hier zeigt sich eindrucksvoll das gestiegene Bewußtsein für die Existenz der Informatik an dieser Uni. Übrigens gibt es seit Ende Januar den allerersten Diplom-Informatiker der MUL.

Natürlich ergeben sich aus dem starken Gewicht der Informatiker im AStA auch Konsequenzen für dessen Betätigungsfelder: In der Vergangenheit ließ sich das Engagement des AStA für Angelegenheiten des Medizinstudiums mit dem Engagement der Fachschaft Informatik für Angelegenheiten des Informatikstudiums vergleichen. Heute dagegen rücken studiengangsübergreifende Themen stärker ins Zentrum der Aktivitäten des AStA, der dadurch seinem Namen "*Allgemeiner* Studierendenausschuß" weitaus besser gerecht wird und sich in zunehmendem Maße seinen gesetzlich verankerten Aufgaben widmet.

Für die Arbeitsfähigkeit des AStA sorgen in dieser Amtsperiode:

- Gregor Peter und Roman Koch als Vorsitzende,
- Sonja Pfäffle als Finanzreferentin,
- Bernd Becker und Andrea Hebinck für den Bereich Öffentlichkeitsarbeit,
- Kim Luley und Lars Petersen für sportliche Belange,
- im Referat für Ökologie: WiebkeTwesten und Matthias Finell,
- als Referent für Hochschulpolitik: Jens-Ulrich "Jülsch" Ganten,
- Kathrin "Kadda" Lanz fürs Frauenreferat,
- Angelika Mayer, die sich um Auslandsangelegenheiten kümmert, und
- Willy Hagelstein setzt sich für die sozialen Belange von Studierenden ein.

Für das Kulturreferat hat sich niemand zur Wahl gestellt. Aus diesem Grunde ruht die Wahrnehmung kultureller Aufgaben durch den AStA größtenteils. In diesem Zusammenhang fühlt Euch alle aufgefordert, Eure tollen Ideen und Vorschläge an uns, an den AStA, heranzutragen. Diese Einrichtung kann nur funktionieren, wenn es eine ganze Reihe von engagierten Leuten (wie Euch?) gibt, die mitmachen. Auch das umfangreiche Angebot im sportlichen Bereich, das Ihr vielleicht schon ausgenutzt habt, beruht auf dem Engagement einer ganzen Reihe von Freiwilligen. Um die Kontinuität der AStA-Arbeit und die Arbeit des AStA überhaupt für die Zukunft zu sichern, wäre es sehr schön, wenn insbesondere viele aus "jüngeren" Semestern den Weg hierher fänden. Zur Zeit sind Studierende vom siebten bis zum elften Semester im AStA vertreten, vom ersten bis zum fünften ist keine/-r dabei.

Wir freuen uns schon darauf, Euch vielleicht demnächst in Gebäude 24, den Räumlichkeiten des AStA, zu treffen! In der Regel sind wir jeden Montag ab18.30 Uhr im Sitzungsraum zu finden.

Roman Koch

Im Lande Schleswig-Holstein gibt es eine "verfaßte Studierendenschaft". Die Studierendenschaft, ihre Aufgaben und ihre Organisation sind im Hochschulgesetz des Landes festgeschrieben. Unter anderem heißt es dort:

§ 28 - Studierendenschaft

(1) Die an der Hochschule eingeschriebenen Studenten und Studentinnen bilden die Studierendenschaft. Die Studierendenschaft ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ohne Gebietshoheit. Sie nimmt **fachliche, kulturelle, hochschulpolitische, sportliche und soziale Interessen** ihrer Mitglieder wahr. Sie fördert auf der Grundlage der verfassungsmäßigen Ordnung die **politische Bildung**, das **staatsbürgerliche Verantwortungsbewußtsein** und die Bereitschaft ihrer Mitglieder zur **Toleranz.**

(2) Die Angelegenheiten der Studierendenschaft sind von einem zentralen Kollegialorgan (Studierendenparlament) zu entscheiden. Die laufenden Geschäfte werden von einem **kollegialen Leitungsorgan** (Allgemeiner Studierendenausschuß) geführt; **es vertritt die Studierendenschaft nach außen.**

Auf Grundlage des Hochschulgesetzes hat sich die Studierendenschaft der MUL selbst noch eine Organisationssatzung gegeben, in der die Aufgaben der einzelnen Gremien der Studierendenschaft detaillierter bestimmt sind. Über den AStA heißt es z. B.:

§ 16 - Aufgaben des Allgemeinen Studierendenausschusses

(1) Der Allgemeine Studierendenausschuß [...] ***erledigt die Aufgaben der Studierendenschaft*** *im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen und nach Maßgabe der vom Parlament gegebenen Weisungen und Richtlinien. Er ist an Beschlüsse des Parlaments gebunden.*

(2) Die Aufgaben des Allgemeinen Studierendenausschusses werden durch das Studierendenparlament auf Referate verteilt. Der Allgemeine Studierendenausschuß faßt für seine Arbeiten Beschlüsse mit einfacher Mehrheit.

(3) [...]

(4) Der Allgemeine Studierendenausschuß wird durch die/den Vorsitzende/n vertreten. Diese/r leitet seine Sitzungen, bereitet seine Beschlüsse vor und regelt deren Ausführung. **Der/die Vorsitzende ist Sprecher/in der Studierendenschaft.**

(5) [...]



Der Gyn-Knast

- eine Woche zwischen Kreißenden, Ammen und anderen Frauen - oder doch mehr als nur bei Wasser und Brot...

Meine eigenen Erfahrungen in den heiligen Hallen hinter dem Jaguar haben mich dazu bewogen, hier auch einmal die positiven Seiten dieses Studienteils zu Wort kommen zu lassen. Schließlich ist dieses Praktikum oft Thema, es wird viel geschimpft und obwohl man sich Jahre im voraus dazu eintragen muß, wissen viele nicht, was das eigentlich ist.

Der Anfang ist wie zu erwarten relativ einfach: Kleidung in echtem Krankenhausweiß bei der Ausgabe besorgen, den dankenswerterweise zur Verfügung stehenden „Leitfaden Gynäkologie" einstekken, und nach Zimmerbesichtigung und etwas unsicherer Übernahme des wichtigen Piepers sollen wir wohl zur Frühbesprechung. Zu der fordert uns dann auch so ein Bilderbuch-Gynäkologe mit etwas längerem schwarzen Haar - plus ordentlich Gel drin - auf (Ist das Simba?), indem er uns mit den Worten: „Nur hinein in die Höhle des Löwen!", den Weg weist. Dort werden wir kurz begrüßt (naja, mehr als: „Sie sind die Studenten in dieser Woche? Dann viel Vergnügen!", war's auch nicht, um ehrlich zu sein...) und anschließend geht dort der rauhe Alltag der morgendlichen Besprechung seinen gewohnten Gang.

Nach einem kurzen irritierten Warten auf dem Flur findet sich unser Betreuer (das ist im Wechsel immer einer der Oberärzte) für die Woche ein und führt uns kurz über die Stationen und den Kreißsaal. Wir teilen uns nach einigen klärenden Worten auf die drei Stationen und den Kreißsaal auf, womit jeder bis zur Chefvisite Zeit hat, sich auf den Stationen zurechtzufinden. Dort wird gleich zum ersten - und natürlich nicht letzten - Mal Blut abgenommen, und wir stellen uns dem Pflegepersonal bzw. den Hebammen und den ÄrztInnen vor, was ja immer einen ganz guten Eindruck macht. Damit scheint hier auch so wie überall ein freundliches Vorstellen und Klären unserer Funktion („Ich bin halt so'n Student...") für die nächste Woche ein in der Regel nettes Miteinander zu gewährleisten. Natürlich steht und fällt die Stimmung auf den Stationen mit der Arbeitslast des Personals – aber man muß ja nicht alles auf sich beziehen.... (oder es zumindest versuchen...)

Es folgt für den großen Teil des restlichen Tages die lange, oft weilige, aber auch immer wieder ganz interessante Chefvisite im großen Pulk über alle Stationen. Wenn man will, ist diese auch nicht entscheidend anders als in anderen Kliniken, allerdings ist unglaublich, was für eine Masse Mensch in Weiß sich hier in die Zimmer zwängt. Dabei scheint offensichtlich ein gewisses Lehrbedürfnis zu herrschen, so daß „den Studenten" zwischendurch 'mal was erklärt wird.

Es folgt die nachmittägliche Unterrichtsstunde unseres oberärztlichen Betreuers, die (laut Plan) an jedem Wochentag stattfinden soll und doch in einige Tiefen des Fachs Einblick gibt, und in unserem Fall macht sich dabei unser eher schwaches fachliches Vorwissen auch nicht allzu negativ bemerkbar. So um 17:00 verläßt die Hälfte unserer Vierergruppe dann die Frauenklinik, während die beiden anderen mit dem Funk im Kittel (der erst nach einigen Tagen nicht mehr zu hektischen bis panischen Reaktionen im Falle des Piepens führt) den abend- und nächtlichen Aufgaben nachgehen. Dazu gehören auf den Stationen Beschäftigungen wie EKG- und CTG-Schreibereien und je nach Bereitschaft des Diensthabenden auch Aufnahmeuntersuchungen (nicht zu vergessen die Bestellung bei Marmara).

Einer von uns hat nun "Dienst" im Kreißsaal und mit dem nötigen Glück sieht man dann eventuell die eine oder andere Geburt. Entgegen manchem, was ich vorab befürchtet hatte, sind die Hebammen auch großzügig bereit, uns mit in die Entbindungszimmer zu nehmen. Dabei empfiehlt es sich, sich vorher bei den Patientinnen (und ihren Angehörigen) vorzustellen und sie nach ihrem Einverständnis zu fragen, bei der Entbindung dabei sein zu dürfen. Auf diese Weise bekommt man auch einen anderen Bezug zu den Schwangeren, kann sich vorher mit ihnen unterhalten, und so ist es auch nicht mehr allzu befremdlich, "fremde Damen bei ihrer Niederkunft zu betrachten".

Die Tatsache, daß immer nachts Studierende in der Klinik sein sollen, hat sicher ihre anstrengende Seite, aber auch den Vorteil, etwas mehr Einblick in die Frauenklinik zu bekommen. Dabei hat jeder die Möglichkeit, sich rechtzeitig in's Bett zu legen, aber wenn man will und die Hebammen bzw. der/die diensthabende Kreißsaalarzt/ärztin die Studierenden nicht vergessen, wird man auch gerne angerufen, um bei interessanten Dingen dabei sein zu können. Ebenso günstig für ein gewisses "Einleben" in der Frauenklinik ist das Wochenende direkt zu Beginn des Praktikums (das fängt halt immer freitags an!). Es ist dann einfach weniger hektisch, weniger Leute stehen sich auf den Füßen herum, und manchmal behält tatsächlich auch jemand unsere Namen!

Somit fühlen wir uns am Montag zur Frühbesprechung nicht mehr ganz so unwohl wie beim ersten Mal. Hier macht sich nun auch leider diese oft erwähnte unangenehme Atmosphäre des ärztlichen Personals im Umgang miteinander bemerkbar. Es ist schon erschreckend, sich jeden Morgen überlegen zu müssen, welchen Assistenten es heute trifft, nach allen Regeln der Kunst (mir fällt leider keine passendere Bezeichnung ein) zur Sau gemacht zu werden...

Für uns steht wieder ein Wechsel auf den Stationen an, und im Laufe der Woche lernt jeder alle Bereiche kennen und kommt auch in das "Vergnügen" der Assistenz im OP. Diese gestaltet sich je nach Operateur ganz unterschiedlich. Mancher erklärt, was er tut, mancher schweigt. Mancher ist nicht gleich beleidigt, wenn wir nicht wissen, wie ein Kittel anzuziehen ist, ohne daß der gleich wieder unsteril ist, manchem platzt jetzt schon der Kragen. Mancher sagt vorher, was wir halten oder anfassen sollen, mancher leider erst, wenn's zu spät ist.



Mancher bedankt sich für die Mithilfe, und mancher ist nur unverschämt, schreit tatsächlich bei der kleinsten falschen Bewegung, und es ist kein Wunder, daß viele besonders von der OP-Atmosphäre eingeschüchtert werden. Hier hilft also oft nur, nicht gleich alles persönlich zu nehmen und darauf zu hoffen, daß es schnell vorbei geht. Letztlich ist aber auch diesem Bereich sicher einiges abzugewinnen, auch wenn man kein/e Gynäkologe/in werden will.

Während der Woche gibt es neben den verpflichtenden Dingen wie der Anwesenheit bei der Patientenvorstellung beim Chef immer wieder die Möglichkeit, je nach Interesse zum Beispiel in der Pränataldiagnostik zuzusehen oder nachts einfach einmal selbst ein Ultraschall-Gerät auszuprobieren. Auch finden sich immer ÄrztInnen, die Lust haben, etwas ausführlicher zu erklären, und es bleibt auch die Zeit, um mal die Klinik zu verlassen.

Alles in allem hat mir die Woche in der Gyn doch sehr gut gefallen. Es gab für uns Studierende sehr viel zu sehen, zu lernen und auch selbst zu tun, und dieser praktische Eindruck von einem Fach ist, glaube ich, oft eindrücklicher und interessanter als Vorlesungen oder eher trokkene, theoretische Kurse. Gerade ein so vielseitiges Fach wie dieses, in dem ein wichtiger Teil, nämlich die Geburtshilfe, nicht so einfach mal zu zeigen ist, lebt von der praktischen Anschauung und der Erklärung vor Ort. Schließlich ist dies tatsächlich der oft geforderte praktische Unterricht in Kleingruppen.

Daher ist es sicher nur von Vorteil, daß an unserer Uni so ein Praktikum durchgeführt wird, auch wenn nicht alles nur sympathisch ist - aber wo gibt es das schon? Nichtsdestotrotz muß ich zum Ende sagen, daß wir in unserer Woche auch wirklich Glück hatten, denn wenn die allgemeine Stimmungslage dort schlecht oder der betreuende Oberarzt nicht so ganz in "Orth-nung" ist, kann man als Studierender noch so interessiert und motiviert sein und trotzdem zu dem Schluß kommen: "Das ist wohl doch eher ein Gyn-Knast..."

Michael van Husen

Kurze News von der Anamnesegruppe:

POM – eine neue Sportart?

Was für eine Frage: Natürlich nicht! POM steht für „PatientInnen Orientierte MedizinerInnenausbildung" und ist das Jahrbuch der Anamnesegruppen im deutschsprachigen Raum.

Dieses Jahr sind die Anamnesler aus Lübeck die Redaktion, sammeln Artikel aller schreibwütigen Anamnesegruppen und organisieren alles andere, um so ein Buch zu machen.

Die POM bildet das Kommunikationsmedium der mittlerweile seit 30 Jahren bestehenden Anamnesegruppen in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Es erscheint zum jährlichen „Maitreffen" der Anamnesegruppen und ist danach auch hier im AStA für 5,- DM erhältlich.

Ursula Martin

Allgemeines über die Anamnesegruppen in Lübeck:
In einer Anamnesegruppe trifft sich regelmäßig eine kleine Gruppe von Studierenden, um das ärztliche Erstgespräch mit einem (echten!) Patienten zu üben. Dabei gibt es keine vorgeschriebene Vorgehensweise. Vielmehr wollen wir eigene Ideen umsetzen und den Umgang mit unterschiedlichen Patienten und deren Eigenarten kennenlernen.
In einer Nachbesprechung wird noch einmal auf das Gespräch und den Patienten eingegangen.

Die Anamnesegruppen sind studentisch organisiert, zur Zeit gibt es fünf Gruppen. Wer an einer Anamnesegruppe teilnehmen möchte, sollte auf die Aushänge am Anfang des nächsten Semesters achten und zur Vorbesprechung in der zweiten Semesterwoche kommen.

Weiter Infos gibt es auch bei Michael (707 10 54) oder Uli (79 76 32).

Die LUNIKA

Plastik und Chip ersetzen Papier und Stempel

Das Schreiben von Frau Schün über die „MULCard“ dürfte den meisten von Euch bekannt sein. Im nächsten Semester werden der rosa Studierendenausweis aus Papier und die Mensakarte durch eine Chipkarte ersetzt. Statt des zunächst verbreiteten Arbeitstitels „MULCard“ wird diese Karte dann aber „LUNIKA“ heißen; das steht für „Lübecker Universitätskarte“.

Im Vorfeld dieser Umstellung haben sich durch allgemeine Unwissenheit leider einige Halbwahrheiten verbreitet, teilweise wurden Boykott-Aufrufe laut. Nicht allein der Einsatz neuer Technologien, auch die Rolle der Lübecker Sparkasse bei dem Vorhaben hat dem Mißtrauen Vorschub geleistet. Dieser Artikel soll nun die Fakten klar darstellen, und vielleicht gelingt es ihm zu zeigen, daß viele Befürchtungen unbegründet sind.

Im Zeichen der Zeit

Im Studentensekretariat wurde in den letzten Jahren deutlich, daß das vorhandene Personal gerade noch die notwendigen Verwaltungsarbeiten bewältigen kann. Für weitergehende Beratung der Studierenden bleibt dabei kaum Luft. Auf den ersten Blick bieten sich in dieser Situation zwei Lösungsansätze an: Zum einen könnte mehr Personal eingestellt werden, zum anderen könnte man versuchen, sich eines Großteils des Papierkrams zu entledigen. Der erste Ansatz - mehr Personal einstellen - stößt in unserer Zeit der leeren Kassen leider auf wenig Gegenliebe, insbesondere im Bereich des öffentlichen Dienstes verbietet sich schon der Gedanke an Neueinstellungen. Es bleibt also die Automatisierung von Verwaltungsabläufen. Das ist zwar auch mit hohen Kosten verbunden, aber für solche technischen Innovationen werden aus dem Hochschulsonderprogramm (HSP 3) Fördergelder - je zur Hälfte von Bund und Land - zur Verfügung gestellt.

Nachdem sich Chipkarten in diesem Bereich an anderen Universitäten, in Trier etwa, bereits als praktikabel erwiesen hatten, erschien eine ähnliche Lösung auch für Lübeck realisierbar. Und so war die Idee der LUNIKA geboren. Von Anfang an waren übrigens die Bibliothek und das Studentenwerk in die Planungen einbezogen. So soll das Ausleihverfahren in der Bibliothek durch die Einführung der LUNIKA deutlich vereinfacht werden, in der Mensa wird die altbekannte Mensakarte abgelöst.

Der Weg zur GeldKarte

Zunächst stand die Entwicklung einer speziellen Karte für MUL-Verhältnisse auf dem Programm. Nachdem der Arbeitsgruppe jedoch klar geworden war, wie der neue Ausweis funktionieren sollte, stellte sich heraus, daß sich diese Ideen nicht mit vertretbarem Aufwand realisieren ließen. Daher entschloß man sich dafür, auf bestehende Lösungen zurückzugreifen. Im Hinblick auf die gewünschte Zahlungsfunktion bemühte man sich um die Unterstützung einer Bank. Darauf zeigte sich lediglich die Sparkasse zu Lübeck daran interessiert und dazu in der Lage, an einer den Vorstellungen der MUL entsprechenden Lösung mitzuarbeiten



Das „Aufwerten“ der LUNIKA

Im Kern wird die LUNIKA nun also eine GeldKarte, wie Sie einige von Euch sicherlich schon haben. Das Aufladen der GeldKarte ist am ehesten vergleichbar mit Bargeldholen an EC-Automaten, mit dem Unterschied, daß man hier kein Bares bekommt, sondern der Betrag auf der Geldkarte landet. Voraussetzung hierfür sind allerdings Automaten, die neben der Geldkarte auch eine EC-Karte schlucken. Solche Automaten wird es vorläufig nur im Zentralklinikum oder in der Mensa geben. Die bisherigen Automaten in den Banken und Sparkassen, mit denen man Geldkarten laden kann, verarbeiten nur kontogebundene Karten.

Unabhängig - Ungebunden

Bei kontogebundenen Karten (also den herkömmlichen GeldKarten, wie man sie bei der Kreditanstalt ihrer/seiner Wahl bekommt) steht auf dem Chip, von welchem Konto das Geld, was auf der Karte landet, abgebucht werden soll. Genau diese Information fehlt aber einer kontoungebundenen Geldkarte. Automaten, die auch kontoungebundene Geldkarten wie die LUNIKA verarbeiten können, müssen sich diese Information von woanders besorgen, praktischerweise von einer EC-Karte.

Die bisher praktizierte Lösung, Bargeld in einen Automaten zu werfen, das dann auf die Karte gebucht wird, wird es nicht mehr geben. Die Idee der GeldKarte ist ja gerade, alle manuellen Tätigkeiten - Leeren der Automaten, Münzen zählen und das Finanzclearing (wer bekommt wieviel) - im Zusammenhang mit dem Zahlungsverkehr zu automatisieren.

Kartenlos glücklich

Was aber, wenn man gar keine EC-Karte oder die Bank nur herkömmliche Automaten hat, die unseren Ansprüchen nicht mehr genügen? Einzahlen gegen Bar, lautet die Lösung: Geht zu den freundlichen Menschen am Schalter, gebt Ihnen Eure LUNIKA, etwas Geld und bittet sie, dies darauf zu buchen. Die Sparkasse im Wirth-Center tut dies für alle kostenlos. Ihr könnt dies aber auch bei Eurer "Hausbank" probieren. Einige Filialen anderer Banken sind mittlerweile auch technisch





soweit gerüstet, daß sie Geldkarten aufladen können.

Bei den Geräten, die die Sparkasse auf dem Unigelände aufgestellt hat, sind im übrigen Sorgen um etwaige "Nebenkosten" (zum Glück) unberechtigt. Hier hat sich das Kreditinstitut dazu verpflichtet, für das Laden der LUNIKA auch für Nicht-Sparkassenkunden keine Gebühren zu nehmen.

Bezahlen mit der LUNIKA und der Datenschutz

Da es sich bei der LUNIKA um eine echte GeldKarte handelt, bietet es sich natürlich an, auch Kinokarten oder Brötchen damit zu bezahlen. Dabei darf natürlich auf die anderen Informationen, die auf der LUNIKA gespeichert sind, nicht zugegriffen werden. Beispielsweise geht es die Bäckerei nichts an, ob ein Kunde an der MUL immatrikuliert ist oder nicht. Das Kino darf auch keine Listen von Matrikelnummern häufiger Sneak-Preview-Besucher führen, und nicht einmal die Mensa sollte Profile über das Eßverhalten einzelner Studierender erstellen können. Um an diesen Stellen einen Mißbrauch der Daten zu verhindern, wurde folgendes technisches Verfahren gewählt:

Ohne Eingabe der PIN gibt der Chip keine Informationen heraus. Die PIN selbst kann nicht gelesen, sondern nur geschrieben werden. Letzteres aber auch nur, wenn zuvor eine gültige PIN eingegeben wurde. Ab Fabrik haben alle LUNIKAs eine Standard-PIN, die sofort nach Erhalt selbstständig geändert werden muß. Außerdem gibt es hierzulande ein Datenschutzgesetz, und die hier geschilderte Verwendung der Daten von der Karte ist verboten. Wer sich an das Verbot nicht hält, muß Konsequenzen fürchten.

"Ich habe schon eine GeldKarte"

Dieser Einwand ist berechtigt. Um sich nicht um das Aufladen zweier GeldKarten kümmern zu müssen, wäre es nützlich, nur eine der beiden zu benutzen. Am einfachsten sollte es sein, nur die LUNIKA zu benutzen. Der Nachteil dabei besteht allerdings darin, daß man darauf angewiesen ist, die Aufladeterminals auf dem Unigelände zu verwenden. Alternativ bietet es sich an, auch in der Mensa mit der eigenen GeldKarte von der eigenen Bank zu bezahlen. In diesem Fall stellt sich die Frage, wie sichergestellt werden kann, daß nur Studierende auch Essen zum Studierendenpreis bekommen. Aus diesem Grunde müssen sowohl die LUNIKA als auch andere GeldKarten im Büro des Studentenwerkes in der Mensa registriert werden. Dies muß persönlich geschehen, und bei der Registrierung einer normalen Geldkarte müßt Ihr Euren Studi-Ausweis vorzeigen. Ist dies geschehen, steht einem weiteren Mensa-Genuß zu bezahlbaren Preisen nichts mehr im Wege.

Und die Fachhochschule?

Von Beginn an sollte die neue Chipka[rte] mit der Fachhochschule gemeinsam ei[n]geführt werden - schließlich werden [Bi]bliothek und Mensa zu großen Teil[en] auch von Studierenden der FH genut[zt]. Verwaltungstechnische Querelen und [die] geplante Umstellung auf eine neue ED[V-]Anlage sorgten jedoch leider dafür, d[aß] die Beteiligung der FH im Sande verli[ef]. Während einer anfänglichen Testpha[se] wird sich für die Studierenden der F[H] zunächst nichts ändern. Danach wird [es] voraussichtlich als Übergangslösung ei[ne] Chipkarte für die FH geben, die d[och] keinen Ersatz für den Studierendenau[s]weis aus Papier darstellt und die natü[r]lich nicht den vollen Funktionsumfa[ng] der LUNIKA bietet.

Gregor Peter, rk,



Der Modemzugang

Im Rahmen dieses Beitrags werde ich versuchen, die einzelnen Vorgehensschritte zu erläutern, die nötig sind, um den Modemzugang zum Netzwerk der MUL nutzen zu können. Wegen der starken Verbreitung dieses Betriebssystems werde ich mich auf Windows 95 beschränken. Das Vorgehen ist bei Windows 98 dasselbe, die Dialog-Boxen von Windows 98 sind lediglich mit anderen Graphiken illustriert worden und verwenden die neue Rechtschreibung.

Zugangskennung beantragen

An erster Stelle steht die Antragstellung: Vorm Rechenzentrum des Instituts für Medizinische Informatik im Zentralklinikum gibt es einen Kasten, in dem die Antragsformulare bereitliegen. Zusammen mit der Studienbescheinigung muß das ausgefüllte Formular in einen an gleicher Stelle befestigten, entsprechend beschrifteten Briefkasten eingeworfen werden. Die eigentliche Zugangskennung wird dann zugeteilt und kann zu den angegebenen Zeiten bei Herrn Rosehnal abgeholt werden. Falls Herr Rosehnal Urlaub hat, kann es sich lohnen, im Sekretariat oder im Schreibzimmer des Instituts nachzufragen.

Um sich von zu Hause aus in das Netzwerk der MUL einwählen zu können, muß der heimische PC natürlich technisch entsprechend ausgerüstet sein. Das heißt, es muß ein Modem oder ein ISDN-Adapter angeschlossen sein. Außerdem muß Windows von der Existenz dieses Geräts wissen, und es müssen ein paar Einstellungen vorgenommen sein.

Anschließen eines Modems

Zunächst einmal rate ich dazu, den Computer für das Herstellen oder Trennen von elektrischen Verbindungen auszuschalten. Es gibt einerseits interne Modems, die - in Form von Steckkarten - ins Innere des Computers eingesetzt werden; und es gibt andererseits externe Modems, also Geräte mit eigenem Gehäuse und mit eigener Stromversorgung, die über ein Kabel mit dem Computer verbunden werden. Zum Einbau interner Modems empfehle ich dringend, die Bedienungsanleitung zur Hand zu nehmen. Ein externes Modem wird i. d. R. an einem Anschluß namens COM1 oder COM2 angeschlossen. Diese Anschlüsse finden sich im allgemeinen an der Rückseite des Computers, es handelt sich um trapezförmige Buchsen mit 9 oder 25 Steckstiften. Bei vielen Computern ist an einem dieser Anschlüsse die Maus angeschlossen. Hat das Mauskabel jedoch einen kleinen, runden Stecker, so ist die Maus nicht mit COM1 oder COM2 verbunden, so daß COM1 und COM2 wahrscheinlich beide noch unbenutzt sind. Mit etwas Glück paßt das Modemkabel auf eine der Buchsen am Rechner. Wenn das andere Ende des Kabels dann jedoch nicht mehr ans Modem paßt, steckt das Kabel mit allergrößter Wahrscheinlichkeit auf dem Druckeranschluß des Computers; dort gehört es überhaupt nicht hin. Der sicherere Weg ist der, das Verbindungskabel erst am Modem und danach am Computer anzuschließen. Paßt das Kabel aufs Modem, ist jedoch die Buche am Rechner zu schmal oder zu breit, hilft ein Adapterstecker weiter. Solche Adapterstecker sollten in nahezu jedem Geschäft, das Computerzubehör führt, zu bekommen sein.

Das Modem unter Windows einrichten

Wenn der Computer erstmalig mit angeschlossenem Modem gestartet wird, erscheint u. U. eine Meldung, daß Windows neue Hardware gefunden hat, und dem Benutzer bzw. der Benutzerin wird angeboten, einen Gerätetreiber zu installieren und das Modem einzurichten. Die Dialog-Boxen, die in diesem Fall erscheinen, entsprechen denen, die auch von Hand aufgerufen werden können.

Diejenigen, bei denen das Modem nicht automatisch erkannt wird, müssen aus dem Start-Menü den Punkt „Einstellungen“ und dann „Systemsteuerung“ auswählen. Dadurch öffenet sich ein Fenster, in dem es ein Symbol „Modems“ gibt. Auf dieses Symbol sollte man nun ein Doppelklick ausüben, damit die Dialog-Box „Eigenschaften von Modems“ erscheint. Hier drückt Ihr bitte den Knopf „Hinzufügen...“ - der Dialog „Neues Modem installieren“ erscheint.

An dieser Stelle habt Ihr die Wahl, Windows den Typ des Modems herausfinden zu lassen oder den Typ selbst anzugeben. Persönlich bevorzuge ich es, solche Sachen von Hand einzustellen, denn Windows erkennt den richtigen Typ nicht immer richtig. Ich würde also im aktuellen Dialog-Fenster in das Kästchen „Modem wählen“ klicken und danach auf „Weiter>“. Es kommt dann ein Dialog zum Vorschein, in dem der Modemtyp eingestellt werden kann. Wenn man hier einen Hersteller in der linken Liste auswählt, erscheinen auf der rechten Seite alle Windows bekannten Modems dieses Herstellers. Wenn bei eurem Modem eine Treiber-CD oder eine Treiber-Diskette für Windows 95 mitgeliefert wurde, habt Ihr die Möglichkeit, über den Knopf „Diskette...“ einen Treiber aus einem Verzeichnis dieser CD oder Diskette auszuwählen.

Wenn das richtige Modell angezeigt wird, geht es mit dem „Weiter>“-Knopf zu dem Dialog, in dem der Anschluß auszuwählen ist. An dieser Stelle wählt Ihr einfach den Anschluß aus, mit dem Ihr vorhin das Modemkabel verbunden habt. Wie üblich folgt darauf ein Klick auf den „Weiter>“-Knopf. Wenn bisher noch keine Einstellungen zum Standort ge-



macht wurden, erscheint an dieser Stelle ein entsprechender Dialog „Standorteinstellungen“ (Windows 98: „Wählparameter“, Karteikarte „Standorte“). Hier sind Land und Ortsnetzkennzahl (wahrscheinlich 0451) des Standorts des Computers einzugeben. Als Wählverfahren empfiehlt es sich „MFV (Ton)“ einzustellen. Nach diesen Eingaben drücken wir „Weiter>“. Daraufhin passiert im Computer irgendetwas, evtl. fordert das Betriebssystem noch, daß ein Datenträger in ein Laufwerk einzulegen ist. Schließlich erscheint die Meldung „Das Modem ist jetzt konfiguriert“. Mit einem Klick auf den „Weiter>“-Knopf (Windows 98: „Fertigstellen“) verschwindet das Dialog-Fenster „Neues Modem installieren“, und unter „Eigenschaften von Modems“ wird das neueingerichtete Modem angezeigt.

Das „DFÜ-Netzwerk“ installieren

Auf der Arbeitsoberfläche von Windows gibt es das Symbol “Arbeitsplatz”. Nachdem Ihr durch einen Doppelklick darauf das entsprechende Fenster geöffnet habt, seht Ihr dort vielleicht ein Symbol mit der Unterschrift “DFÜ-Netzwerk”. Das DFÜ-Netzwerk ist notwendig, um die Verbindung zur MUL herstellen zu können. Wenn das Symbol nicht erscheint, ist das DFÜ-Netzwerk bei der Installation von Windows wahrscheinlich nicht mitinstalliert worden.

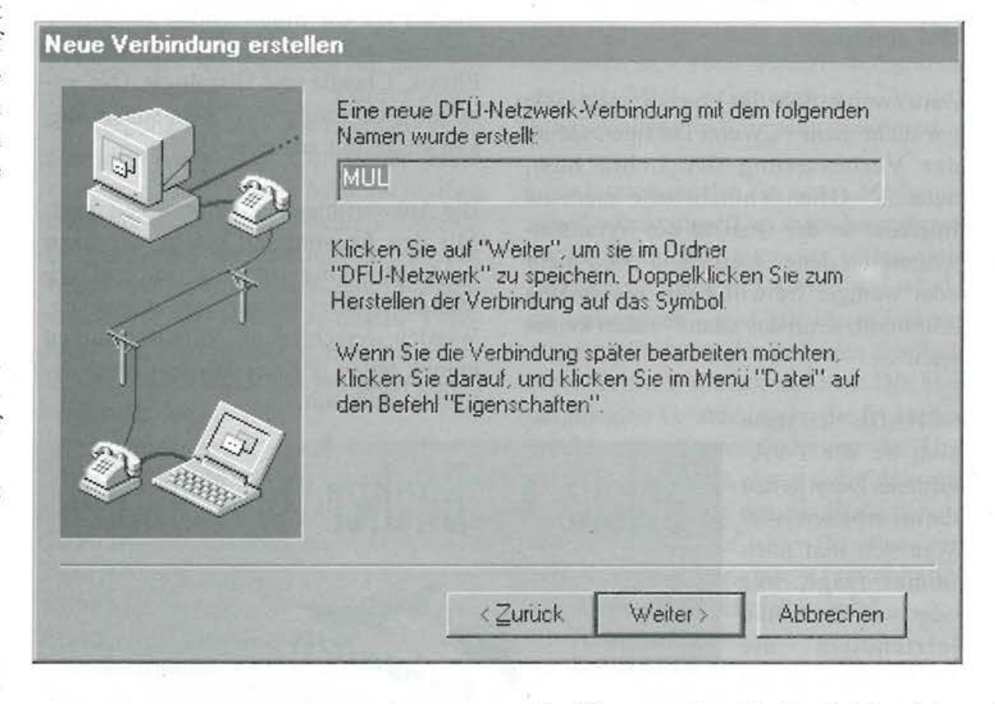
Abhilfe schafft hier, das DFÜ-Netzwerk nachzuinstallieren. Dazu ist in der Systemsteuerung der Punkt “Software” auszuwählen und im darauf erscheinenden Dialog “Eigenschaften von Software” die Karteikarte “Windows-Setup” in den Vordergrund zu holen. In der Liste “Komponenten” gibt es hier einen Punkt “Verbindungen”.

Wählt die entsprechende Zeile nun aus und drückt auf den Knopf “Details...”. Ein Dialog mit dem Titel “Verbindungen” erscheint nun. In der oberen Liste muß neben “DFÜ-Netzwerk” ein Häkchen gesetzt werden, indem in das kleine Quadrat dort geklickt wird. Wenn das Häkchen vor “DFÜ-Netzwerk” angezeigt wird, beendet Ihr den Dialog mit dem “OK”-Knopf. Im “Eigenschaften von Software”-Dialog verfahrt Ihr genauso. Windows wird an dieser Stelle mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit fordern, daß die Windows-CD eingelegt wird, damit die neue Komponente auf die Festplatte überspielt werden kann. Schließlich ist der windowstypische Neustart des Systems erforderlich, wie eine entsprechende Dialog-Box mitteilt. Also führen wir den Neustart durch.

Windows für die Verbindung mit dem MUL-Netzwerk einrichten

Es gibt jetzt im Arbeitsplatz-Fenster einen Ordner “DFÜ-Netzwerk”, den wir jetzt öffnen. In diesem Ordner erscheint ein Objekt “Neue Verbindung erstellen”. Dieses Objekt erwecken wir mit einem Doppelklick zum Leben, so daß es uns ein Dialog-Fenster “Neue Verbindung erstellen” öffnet, in dem der neuen Verbindung zuerst ein Name gegeben werden kann. Wir nennen die Verbindung beispielsweise “MUL”. Außerdem kann als Gerät ein Modem angegeben werden, über das die Verbindung aufgebaut werden soll. In den meisten Fällen gibt es davon nur eines, also ändern wir nichts, sondern drükken den “Weiter>”-Knopf.

Auf der folgenden Seite wird als Ortsvorwahl die 0451 und als Rufnummer 583210 eingetragen. Im Feld Landesvorwahl wählen wir “Deutschland(49)” aus. Nachdem die Felder ausgefüllt sind, betätigen wir ein letztes Mal den “Weiter>”-Knopf und sehen danach noch einmal den Namen der Verbindung, “MUL” also. Schließlich drücken wir “Weiter>” (Windows 98: “Fertigstellen”).



Verbindung zum MUL-Netzwerk aufbauen

Im Fenster “DFÜ-Netzwerk” gibt es nun außer “Neue Verbindung erstellen” auch “MUL”. Ein Doppelklick auf MUL öffnet ein Dialog-Fenster “Verbinden mit”. In das Feld “Benutzername” tragen wir die Zeichenfolge ein, die auf dem Zugangskennungsblatt hinter “Ihre Kennung:” steht. In der Regel ist das der Nachname. Wichtig ist, daß bei beiden Eingaben in diesem Dialog auf Groß- und Kleinschreibung achtzugeben ist!

Als “Kennwort” gebt die Zeichenfolge ein, die in der Zeile unter “Ihre Kennung:” hinter “Ihr Paßwort:” steht. Auf dem Zugangskennungsblatt ist noch ein zweites Paßwort angegeben, das nur zum Abholen von E-Mails vom E-Mail-Server benötigt wird. Wer nicht bei jedem Verbindungsaufbau das Paßwort erneut eingeben müssen möchte, kann noch das Feld “Kennwort speichern” markieren. Um die eigentliche Verbindung aufzubauen, genügt es jetzt, “Verbinden” zu drücken. Es erscheinen einige Meldungen, von denen die letzte den Erfolg des Verbindungsaufbaus bekanntgeben sollte. Wenn ein Fehler auftritt, ist das kein Grund, in Panik auszubrechen. Wer den Fehler nicht selbst finden oder beheben kann, wird sicherlich in seinem Bekanntenkreis einen kompetenten Ansprechpartner finden.

rk

Für besonders Interessierte: Das MUL-Netzwerk ist Bestandteil des Internet.

EVA – GRUPPE

- nur etwas für das weibliche Geschlecht?

NEIN !

Als wir zu Beginn des Semesters Flyer mit dem Slogan: „Die EVA-Gruppe braucht Dich!" austeilten, bekamen wir einige komische Kommentare zu hören: „Wollt ihr 'ne neue Frauengruppe aufmachen?", „Bist du die Frauenbeauftragte?", „Ich bin doch ein Mann!" und ähnliches.

Zum zweiten Satz des Flyers kamen viele gar nicht mehr : „Wenn Du Interesse an der Verbesserung der Lehre hast, dann....." Offensichtlich hatte niemand Interesse an der Qualität der Veranstaltungen, an denen mensch ja doch mehr oder weniger freiwillig und regelmäßig teilnimmt, denn das „dann" nahm keiner wahr .

SCHADE !!!!, sagte sich da die EVA-Gruppe. Denn genau dafür arbeiten wir. Wer sich nun noch immer fragt, wer oder was denn nun letztendlich die EVA-Gruppe ist, der wird nun aufgeklärt:

EVA steht für EVALUATION, also die Beurteilung oder Bewertung. Was bewerten wir? Die Lehre an der MUzL. Wer „ist" diese EVA-Gruppe? Studis wie Du und ich! 4 Männlein, 4 Weiblein (man merke Gleichstand, nix mit Frauengruppe!). Was tun wir so tagein tagaus? Wir haben einen Fragebogen entwickelt, der momentan noch seinen letzten Feinschliff bekommt und versuchen damit Fehler und Mängel in der Lehre aufzuzeigen. Im letzten Sommersemester befragten wir die Studierenden zu folgenden Fächern: Biochemie, Physiologie, Physik, Chemie und Histologie. (Na, erinnern sich einige von Euch, solche Bögen ausgefüllt zu haben?).

Die Auswertungen laufen zum Teil noch. Mit den Ergebnissen gehen wir dann zunächst in die Institute, um auf die Mängel konkret aufmerksam zu machen. Werden verschiedene Veranstaltungen gelobt, teilen wir das den Instituten natürlich auch mit.



Wer jetzt sagt „Schön, und danach versauern die Ergebnisse, ob nun gut oder schlecht, in irgendeiner Schublade!", der irrt! Erstens werden die Ergebnisse später auch der Öffentlichkeit zugänglich gemacht (zum Beispiel in der nächsten Ausgabe der *bauchpresse*) und zum anderen sieht man heute schon einige Resultate der Befragungen: Vorlesungen wurden umstrukturiert, Medienmaterial (z.B. Folien) aktualisiert, Professoren diskutieren mit ihren Studierenden über ihren Unterricht.

Alles nur Zufall, behaupten böse Zungen. Naja, da soll sich jeder seine eigene Meinung bilden. Wie dem auch sei, es tut sich etwas in der Lehre. Und das ist schließlich die Hauptsache, oder ?!?! Wer jetzt nicht auf die nächste *bauchpresse* warten möchte, um mehr über uns und unsere Arbeit zu erfahren, dem stehen jede Menge Möglichkeiten offen, sich zu informieren:

Man kann bei uns jederzeit vorbeischauen, ohne daß wir beißen :

WIR TREFFEN UNS :
in der
AKADEMISCHEN FEIERSTUNDE
(Di, 11-12 Uhr)
in Pavillon 24 (AStA-GEBÄUDE)

oder:

Ruft einfach an: entweder im AStA (500-3059) oder bei Susanne (5820889) Wir freuen uns.



Nur Schall und Rauch?

Viele Kommilitoninnen und Kommilitonen halten es für einen Scherz - doch diese Uni ist vielleicht die längste Zeit „Medizinische Universität" gewesen.

Es ist offenbar noch nicht allen an dieser Uni aufgefallen - aber Studium und Forschung beschränken sich hier längst nicht mehr auf die Medizin. Wenn auch der Name „Medizinische Universität" und das von der Klinik geprägte Erscheinungsbild des Campus darüber hinwegzutäuschen drohen: Die gestiegene Bedeutung des Studiengangs Informatik und seiner Institute läßt sich nicht mehr leugnen. Neun Institute sind es mittlerweile, die direkt der Informatik zuzuordnen sind. Leider jedoch haben erst drei von ihnen einen Platz auf dem Hauptgelände der MUL gefunden, die restlichen sechs werden dementsprechend nicht so richtig wahrgenommen. Nichtsdestoweniger forschen und lehren die Professoren und PDs, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter standhaft munter vor sich hin und lassen keinen Zweifel daran, daß sie über ein ausgeprägtes Selbstbewußtsein verfügen und keine Hemmungen kennen, die Struktur dieser Uni hinsichtlich ihrer Schwerpunktlegung ein wenig umzukrempeln.

Vor diesem Hintergrund scheint es nur folgerichtig, daß die Idee, den veränderten Verhältnissen durch eine Änderung des Namens der Uni Rechnung zu tragen, zumindest in der Technisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät viele Fürsprecher findet. In erster Linie geht es dabei darum, den Zusatz „Medizinische" verschwinden zu lassen. Das läßt sich unter anderem darauf zurückführen, daß die medizinfremden Wissenschaftler sich damit konfrontiert sehen, beispielsweise auf die Deckblätter ihrer Publikationen „*Medizinische* Universität" schreiben zu müssen - ungeachtet dessen, daß die jeweilige Veröffentlichung vielleicht nicht den geringsten Bezug zur Medizin hat, sondern allein deshalb, weil diese Universität nun einmal diesen Namen trägt. Einige Autoren hegen in diesem Zusammenhang Bedenken, daß ihre Arbeiten fälschlicherweise dem Umfeld der Medizin zugeschrieben und dadurch vielleicht „übersehen" werden könnten.

Diesen Bedenken kann man entgegenstellen, daß sich diejenigen, die wirklich an der Sache interessiert sind, nicht vom Namen der Universität blenden lassen, sondern vielmehr auf Namen der Autoren und natürlich Titel einer Veröffentlichung achten. Der Name einer Universität ist im allgemeinen ein sehr oberflächliches Kriterium, das keine besonders tiefgehenden Rückschlüsse auf Studienmöglichkeiten und Forschungsschwerpunkte zuläßt. Als Beispiele seien hier die *Technische* Universität München angeführt, an der bekanntermaßen auch der Studiengang Medizin angeboten wird, und die ebenfalls *Technische* Universität Braunschweig, deren Studienangebot Fächer wie Evangelische Theologie und Germanistik einschließt - wer würde diese Fächer „technisch" nennen wollen?

Mit einer *Medizinischen* Universität, an der sogar der Studiengang Informatik mit einigen Nebenfächern angeboten wird, befinden wir uns also in guter Gesellschaft. Besser noch: Beide Nebenfächer, „Medizinische Informatik" und „Bioinformatik und Biomathematik", sind im Umfeld der Medizin anzusiedeln. Das gilt für den Aufbaustudiengang Zellbiologie erst recht. Unter dem Gesichtspunkt des Studienangebots ist der Name „Medizinische Universität" also unproblematisch. Auch darf man bei aller Euphorie über den geglückten Aufbau und Ausbau der Informatik nicht vergessen, daß die „Schnittstelle zur Medizin" einer der vorrangigen Gründe für angehende Informatikerinnen und Informatiker ist, ihr Studium in Lübeck zu beginnen. Die Bedeutung des Medizinbezugs unterzubewerten birgt demzufolge die Gefahr, den eigenen Ast anzusägen.

Abgesehen davon manifestiert sich der medizinische Charakter dieser Universität ganz besonders auch im bereits eingangs erwähnten, vom Krankenhaus geprägten äußeren Erscheinungsbild. Die Zahl der Studierenden der MUL liegt noch immer unter der Bettenzahl; und so ist tatsächlich nicht das Klinikum in die Uni eingebettet, sondern eher die Uni in das Klinikum. Wie man es auch drehen und wenden mag, dieser Umstand läßt sich nicht leugnen. Unabhängig davon sind die berechtigten Einwände der Informatikerinnen und Informatiker ernstzunehmen. Auf sie nicht einzugehen, wäre ein fataler Fehler. Dennoch prägen die Studierenden in hohem Maße das Bild einer Universität nach außen. Und so lassen sich 1600 Medizinstudierende an der MUL - immerhin 85% der Studierendenschaft - nicht ignorieren.

Eine Streichung des Zusatzes „Medizinische" würde diese Uni ihres besonderen Profils berauben, unter den vielen kleinen Universitäten in Deutschland würde sie untergehen - und mit ihrem äußerst mageren Fächerspektrum einen ziemlich lächerlichen Eindruck machen. Die hier dargelegten Gründe lassen die Diskussion um eine Namensänderung der Uni verfrüht erscheinen, zumal sich eine eventuelle Erweiterung des Studienangebots voraussichtlich auf einen Studiengang „Gesundheitsökonomie/Krankenhausmanagement" beschränken wird.

Aber es gibt diese Diskussion: Der zukünftige Rektor Prof. Arnold hat bereits kurz nach seiner Wahl seine Unterstützung für eine Namensänderung angekündigt, und unser Kanzler, Herr von Detmering, hat bereits im Rahmen einer von den Lübecker Nachrichten veranstalteten Gesprächsrunde im November letzten Jahres öffentlich die ebenfalls anwesende Bildungsministerin, Frau Erdsiek-Rave, aufgefordert, dem Wunsch der Informatik-Professoren folgend, das „Medizinische" aus dem Namen unserer Universität zu streichen. Das Thema ist und bleibt also aktuell, und alle Mitglieder dieser Hochschule sollten sich einbringen und mit ihrem Ideenreichtum und mit ihrer Kreativität die Diskussion zu einem vernünftigen Ergebnis führen. Sonst stehen wir eines Tages noch vor unserer „Holsten-Uni" und versuchen unsere Trauer um frühere Zeiten in Dosenbier zu ertränken.

rk

Uni-Klinikum jetzt Anstalt öffentlichen Rechts

Neue Rechtsform

Seit dem 1. Januar 1999 ist in Schleswig-Holstein das „Gesetz zur Neuordnung der Universitätsklinika“ in Kraft. Dadurch erhalten die beiden Uniklinika in Lübeck und Kiel größere Autonomie und unterstehen finanziell nicht mehr den Universitäten, sondern werden - vergleichbar einem Wirtschaftsunternehmen wie etwa einer Aktiengesellschaft - von einem Vorstand geführt, der von einem Aufsichtsrat eingesetzt und kontrolliert wird.

Vorstand und Aufsichtsrat

Jedes der beiden Klinika hat einen Vorstand, der jeweils aus dem Dekan der Medizinischen Fakultät (die weiterhin für Forschung und Lehre zuständig ist), dem Ärztlichen Direktor, dem Kaufmännischen Direktor sowie dem Pflegedienstdirektor besteht. Für beide Klinika existiert ein gemeinsamer Aufsichtsrat. In diesem sind unter anderem die Vertreter des Kultus-, des Finanz- und des Sozialministeriums vertreten, und das Land hat sichergestellt, daß in Fragen der „Gewährträgerhaftung“ (also in grundsätzlichen strukturellen und finanziellen Fragen) diese Ministerienvertreter die Stimmenmehrheit haben.

Was ändert sich?

In unserem Studienalltag werden wir von der rechtlichen Änderung extrem wenig mitbekommen. Überhaupt ist anzunehmen, daß die MUL und das Lübecker Uniklinikum aufgrund ihrer "Kompaktheit" einen pragmatischen Weg finden werden, der nicht allzuweit vom bisheri-

Land Schleswig-Holstein
Sozialmin.
Finanzmin.
Kultusmin.
Aufsichtsrat
Universität
Konsistorium
Senat
Vorstand
ÄD KD PD Dekan
Med. Fakultät
Konvent
TN Fakultät
Konvent
Klinikum
Chir.
Innere
Patho
Physio
Anatomie
Chemie
Telematik
Die Studierenden

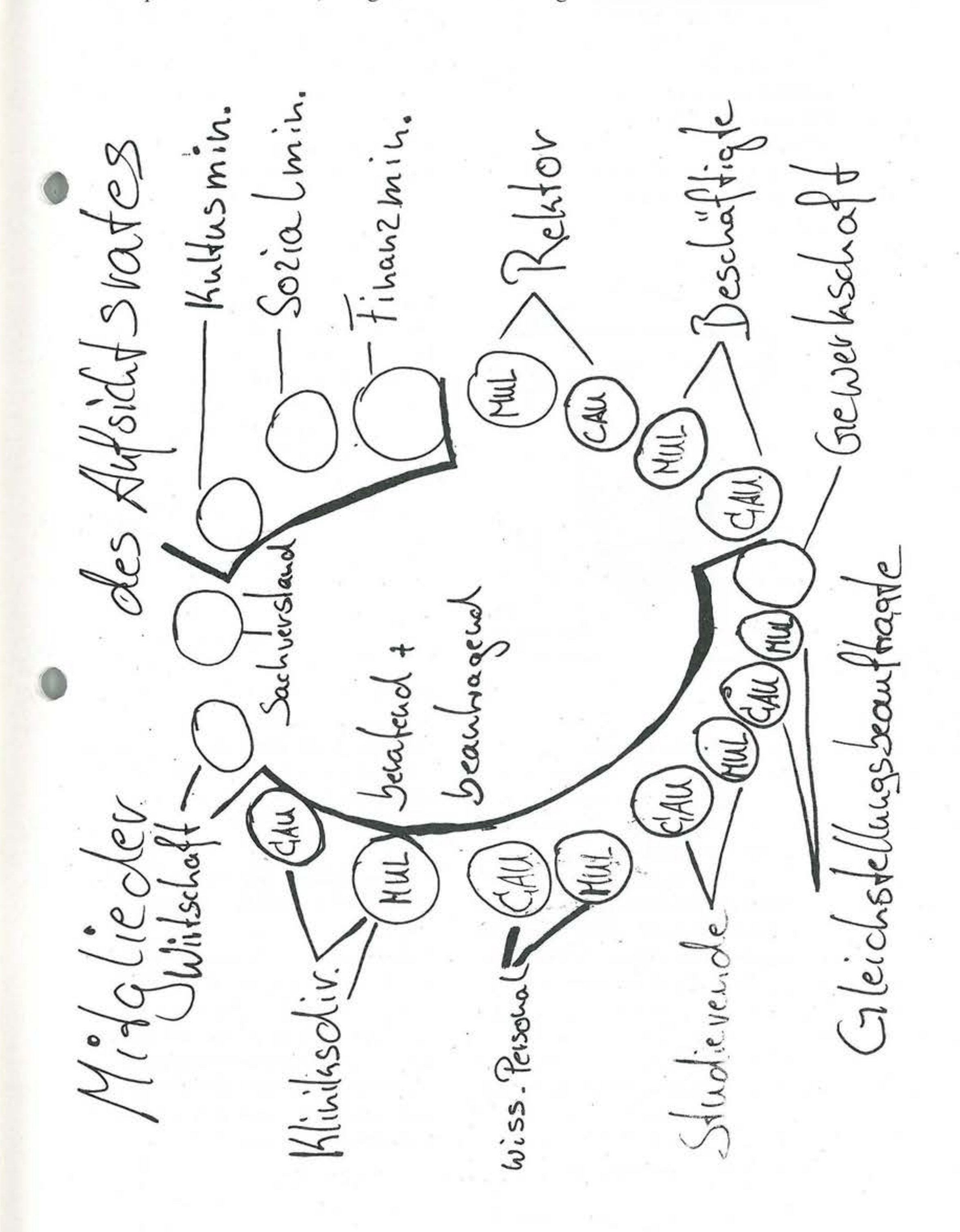
gen abweichen wird. Wahrscheinlich ist aber doch, daß in den einzelnen Kliniken in Zukunft ein etwas rauherer Wind wehen wird. Insgesamt ist dieses Gesetz als ein Versuch des Landes zu werten, sich der direkten Finanzverantwortung zu entziehen. Das Klinkum erhält einen Globalhaushalt und muß sehen, wie es mit diesem Geld wirtschaftet. Andererseits ist das Land viel unmittelbarer in die strukturelle Planung einbezogen, und damit ist die Gefahr, daß langfristig zwei Uniklinika zu einem zusammengeschrumpft werden könnten, viel greifbarer geworden. Auch hier müssen wir Studierenden unseren Einfluß in den Entscheidungsgremien Senat, Konsistorium, Konvent und - in diesem neuen Gremium allerdings nur mit Rede- und Antragsrecht - im Aufsichtsrat geltend machen, um einer solchen Entwicklung gemeinsam entgegenzuwirken.

Positiv kann sich auswirken, daß in Zukunft genau aufgeschlüsselt werden muß, welche Gelder für die Krankenversorgung, und welche für die Lehre oder die Forschung verwandt werden. Das ist unsere Chance, einzufordern, daß das Geld, das für die Lehre vorgesehen ist, auch wirklich dort ankommt.

Jülschs Folien

In der heutigen (26.01., letzter Endlayout-Tag der *bauchpresse*) Vollversammlung haben wir folgende, von Jülsch Ganten graphisch verwirklichte Schaubilder entwickelt, die leider in der jetzigen Form etwas unübersichtlich wirken. Wir hoffen, daß sie trotzdem zur Veranschaulichung beitragen.

mg



MUL: Medizinische Universität zu Lübeck
CAU: Christian-Albrechts-Universität Kiel
Auf der linken Seite sieht man die neun Mitglieder des Aufsichtsrates, die lediglich Antrags- und Rederecht, aber kein Stimmrecht haben. Die übrigen neun haben volles Stimmrecht, die Stimme der drei Ministerienvertreter (der Ministerialdirigent aus dem Kultusministerium übrigens als Vorsitzender) zählt in Fragen der "Gewährträgerhaftung" doppelt.

Der Besuch der alten Dame - Rezension

Die Studenten der Theatergruppe der MUL haben sich eine ebenso schwierige wie anspruchsvolle Aufgabe gestellt: die Aufführung von Friedrich Dürrenmatts „Besuch der alten Dame", einem der bedeutendsten Stücke der deutschsprachigen Nachkriegsliteratur, in dem die Affinität des Autors zum Grotesken besonders überzeugenden Ausdruck findet.

Wie in fast allen Werken des Schweizer Dramatikers liegt ihm ein dramaturgisch ergiebiger Einfall nach der Formel „Was wäre wenn" zugrunde. Claire Zachanassian, die reichste Frau der Welt, besucht nach vielen Jahren ihr Heimatstädtchen Güllen, aus dem sie als armes, junges Mädchen verstoßen worden war. Der völlig heruntergekommenen, total verschuldeten Gemeinde verspricht sie die überwältigende Summe von einer Milliarde, verknüpft die Zahlung aber mit der schockierenden Bedingung, Alfred Ill, ihr Jugendgeliebter, der sie geschwängert und verleugnet hatte, müsse getötet werden: „Ich gebe Euch eine Milliarde und kaufe mir dafür Gerechtigkeit. Eine Milliarde für Güllen, wenn jemand Alfred Ill tötet."

Dem Ensemble der MUL ist es gelungen, das aus diesem Einfall sich entwickelnde Geschehen mit bemerkenswertem, teilweise schon professionellem Geschick auf der Bühne zu vergegenwärtigen. Eine Einschränkung ist allerdings zu machen. Für die Besetzung der Titelrolle hätte man eine ältere Schauspielerin auswählen müssen. Das unheimliche Erscheinungsbild der alten Dame mit ihrem verstümmelten, durch Prothesen zusammengehaltenen Leib, ihrem düsteren Habitus und ihrer immer wieder durchbrechenden, lauernd-bösen Heiterkeit konnte von der viel zu jungen, schlanken und hübschen Darstellerin nicht angemessen verkörpert werden. Auch die gleichbleibende, allzu monoton wirkende Sprechweise hätte in einigen Szenen variiert werden müssen, damit deutlich wird, wie sehr sich der „Racheengel" an dem anhaltenden, aber längst brüchig gewordenen Widerstand der Güllner weidet. Gleichwohl bleibt anzuerkennen, daß Yvonne Berner im Rahmen ihrer Möglichkeiten das Beste aus dieser schwierigen Rolle gemacht hat.

Leif-Börge Struck in der Rolle Alfred Ills, der zweitwichtigsten des Dramas, hat seine Aufgabe, das Schicksal des zunächst etwas einfältigen, schwierigen und fett gewordenen Krämers bis zu seiner Schuldeinsicht und des damit verbundenen Charakterwandels zu verkörpern, mit viel Talent für differenzierten sprachlichen und extrasprachlichen Ausdruck gemeistert. Besonders gut ist es ihm gelungen, Ills wachsende Angst durch gestische und mimische Mittel sichtbar zu machen. Die entsetzliche Erkenntnis, daß seine Mitbürger längst entschlossen sind, ihn zu opfern, verdichtet sich physiognomisch am stärksten, als er den ohnmächtigen Schrei ausstößt: „Mich jagt ihr, mich."



Durchaus ebenbürtig spielte Michael Langholz die Rolle des Bürgermeisters, der mit neuen Schuhen und neuer Krawatte als erster zeigt, wie man seine Moral der wirtschaftlichen Situation anpaßt. Schon durch sein äußeres Erscheinungsbild (mit Hut und Brille), vor allem aber durch unnachahmliche Gebärden, erweist er sich als Meister der Heuchelei. Dabei überrascht er immer wieder mit nuancenreichen Verhaltensweisen. Wirkt er neben der alten Dame unterwürfig wie ein ergebener Diener, es nicht wagend, der von Rachegedanken besessenen Dame in die Augen zu blicken, so „wichtig" gibt er sich in seiner Position als Oberhaupt des Städtchens Güllen.

Auch Professor Trautwein beweist, daß er nicht nur über fachwissenschaftliche Fähigkeiten, sondern auch über schauspielerische verfügt. Für die Rolle des Lehrers ist er durch seine Tätigkeit an der MUL geradezu prädestiniert. Allerdings wirkt seine Bemerkung, er unterrichte seit Jahren die Schüler des Güllener Gymnasiums in Physik und Latein, im Bezug auf seine eigentliche Rolle eher unpassend, da der Lehrer bis zur Verurteilung Ills den Verfechter der humanistischen Grundidee und der Gerechtigkeit spielt, wobei er natürlich - wie alle anderen Dorfbewohner auch - das Angebot der Zachanassian nicht mehr als „Anstiftung zum Mord", sondern als „Gerechtigkeit" und die Gier nach Wohlstand als „Hunger des Geistes" bezeichnet. Daß Lehrererfahrungen in der Physik weniger gut dazu geeignet sind, die groteske Diskrepanz zwischen Wort und Tat grell auszuleuchten, hätte bedacht werden müssen. Die Zuschauer nahmen diesen „Insider-Effekt" aber dankbar auf. Als Professor der Physik hatte Trautwein mit dieser Textänderung die Lacher der Zuschauer, unter ihnen zahlreiche Studenten und Assistenten, auf seiner Seite. In der großen, pathetischen Abschlußrede scheint er wirklich ganz in seinem Element gewesen zu sein, was vor allem auch durch die Lautstärke seiner Stimme zum Ausdruck kam.

Neben den großen Rollen in Dürrenmatts Erfolgsstück seien aber auch die kleineren erwähnt, wobei die an sich von zwei Personen gespielten Kastraten und Geblendeten Koby und Loby (in dieser Inszenierung von einem Studenten gespielt) lobenswert hervorgehoben werden müssen.

Ein abschließendes Resümee dieser Theateraufführung fällt also ausgesprochen positiv aus, vor allem, wenn man bedenkt, daß es zum größten Teil Studenten waren, denen es gelungen ist, die Eigenheiten des künstlerischen Stils Dürrenmatts zur Wirkung zu bringen und mehr noch: Den Medizinstudenten zu zeigen, daß neben dem kräfteraubenden Studium dennoch die Möglichkeit besteht, kreativ und künstlerisch aktiv zu sein.

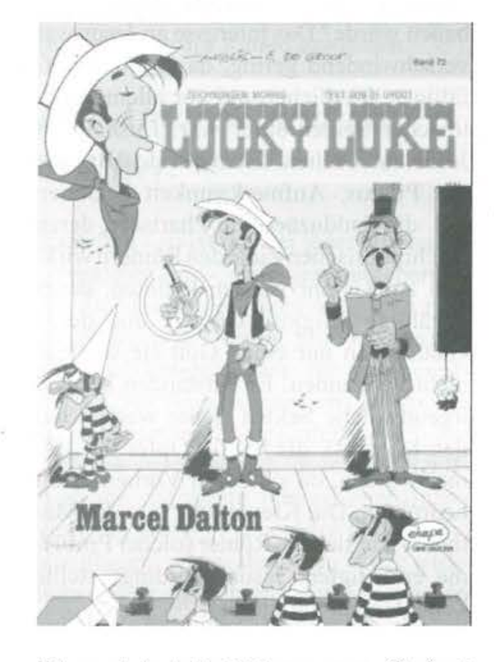
Julia Buddecke

Lucky Luke und Marcel Dalton

Als ich einmal an einem Sonntagabend im AStA vorbeischaute, fand ich neben Roman im Computerraum auch einen großen Umschlag im *bauchpresse*-Fach, adressiert an Herrn Konstantin Articus, *bauchpresse*-Redaktion. Da z.Z. niemand dieses Namens an der *bauchpresse* mitarbeitet, und ich auch nie diesen Namen gehört hatte, beschloß ich, den Umschlag zu öffnen. Drinnen fand ich neben einem kurzen Begleitbrief den neuesten Lucky Luke-Band mit dem Titel "Marcel Dalton". Zunächst hielt ich das ganze für einen Scherz oder eine Verwechselung (wer heißt schon "Konstantin Articus"?). Doch es stellte sich heraus, daß alles durchaus stimmte. Konstantin Articus hatte es an der MUL wirklich einmal gegeben, und die *bauchpresse* hatte schon andere Comics bekommen.

Nun gut, dachte ich mir, wenn schon so etwas kommt, muß es auch unter die Lupe genommen werden. Zugegebenermaßen - das letzte Mal hatte ich ein Lucky Luke-Abenteuer vor etwa fünf Jahren gelesen (vielleicht, nein sogar wahrscheinlich ist es sogar noch länger her). So staunte ich zunächst, daß "Marcel Dalton" der mittlerweile 72. Band von Lucky Luke ist. Nicht schlecht für den smarten Cowboy.

Doch die Zutaten sind stets dieselben: Jolly Jumper, das treue Pferd, Rantanplan, der völlig vertrottelte Hund und natürlich die Daltons, sozusagen das Salz in der Suppe.



Diesmal sind die Daltons sogar fünfmal vertreten, denn zu den üblichen vier tritt der titelgebende Marcel Dalton. Dieser ist allerdings weder amerikanischer Staatsbürger noch Verbrecher von Beruf und Berufung. Nein, Marcel ist Schweizer und er ist Bankier. Nun mögen einige einwenden, daß gerade Schweizer Bankiers Verbrecher ersten Ranges sind, von denen sich die Daltons Amerikas noch einiges abschauen könnten, aber diese Einwände sollen hier unberücksichtigt bleiben. In der heilen und simplen Welt des Comics ist der Schweizer Bankier Marcel Dalton ein Guter, der seine mißratene Verwandtschaft auf den Pfad der Tugend zurückbringen soll.



Dies soll durch eine Bankgründung geschehen ("Helvetische Dauerkreditanstalt"), in der die "bösen" Daltons arbeiten und anständig werden sollen. Leider ist der Plan genauso einfach wie die Durchführung schwer ist. Denn nicht nur die Daltons erweisen sich als ein Alptraum eines jeden Pädagogen, auch die Konkurrenz in Person von Mr. Swindler (nomen est omen!) schläft nicht und engagiert einen unfreundlichen Zeitgenossen, dessen Überredungskünste sicherlich nicht im verbalen Teil liegen (Zitat: "Grunz"). Viel Arbeit also für Lucky Luke, der über dem Projekt wacht und letztlich wieder feststellen muß, daß ein echter Lucky Luke-Band damit endet, daß die Daltons (aber nur die üblichen vier) im Gefängnis landen.

Eine gute Nachricht gibt es doch am Ende. Sein Vermögen überlaßt der in die Schweiz zurückkehrende Marcel Dalton dem I.F.S.S., dem Institut zur Förderung der Schweizer Schokolade...

Fazit: Ein kurweiliger, bunter Spaß in bewährter Form. Nichts aufregend Neues aus dem Land der scheinbar doch begrenzten Möglichkeiten, aber doch lustig und nach fünf Jahren Abstinenz durchaus empfehlenswert.

mf

Morris/de Groot:
„Marcel Dalton“ (Bd.72)
1998; 16.80 DM

Buchtip

Sexualpraktiken im Römerreich

oder: Was mit Jesus wirklich geschah

Diese Briefe von und an Pontius Pilatus, den römischen Prokurator in Judäa, wurden lange Zeit versteckt gehalten. Das passierte aus gutem Grund, denn deren Inhalt ist selbst heute schwer zu glauben. Diese Briefe besagen, daß Jesus nicht gekreuzigt, sondern lediglich nach Sizilien verbannt wurde. Hätte dies jemand vor 500 oder 1000 Jahren behauptet, gestützt durch diesen Briefwechsel, wäre er sicher von der Kirche als Ketzer verbrannt worden. Verständlich also, daß sie lange Zeit im Dunkeln gehalten wurden. Der Herausgeber und Übersetzer ist Mitglied der Familie, in dessen Besitz sich die Briefe jetzt fast 2000 Jahre befanden. Er gab sie nicht den Historikern, um sie auf ihre Echtheit hin zu prüfen, sondern brachte sie eigenmächtig heraus, damit der Leser sich eine eigene Meinung über den Inhalt machen kann.

Überraschung, ja nahezu ein wenig Enttäuschung breitet sich aus, wenn Pilatus die Umstände der Verurteilung Jesu kurz und knapp darstellt. Woher sollte er auch wissen, daß sich ausgerechnet auf diesen Mann eine ganze Glaubensrichtung aufbauen würde? Das Interesse an Jesus war verschwindend gering, da er ein unauffälliger, friedlicher und vor allem unpolitischer Sektenführer war. Deshalb ist Jesus auch selten Thema in den Briefen des Pilatus. Aufmerksamkeit bekamen z.B. die Sadduzäer und Pharisäer, deren machtpolitischen Ziele den Römern wirklich zur Gefahr werden konnten, deren unzählige religiöse Gesetze und deren Glauben an nur einen Gott sie sowieso nicht verstanden. Es entstanden laufend irgendwelche Sekten (jeder wartete auf den Messias), die häufig Opfer der Römer wurden, da sie deren Vorherrschaft bedrohten. Die Kreuzigung war die Methode, wie sich die Römer solcher Probleme entledigten. Jesus allerdings stellte keine Gefahr für sie dar.

Ob diese Briefe nun echt sind oder nicht, bleibt dahingestellt. Die Passagen, in denen es um Jesus geht, sind so kurz, daß man sie fast überlesen kann. Sicher ist, daß die Darstellung des römischen Alltags überaus interessant ist. Geld, Lügen, Intrigen, Sex und vor allem Macht sind die Themen, um die es immer wieder geht. Das römische Reich kennt jedeR aus dem Geschichtsunterricht, doch dies ist die Schilderung eines römischen Bürgers, der Pilatus zweifellos war, über die damaligen Verhältnisse, die vor allem in Rom außerordentlich extrem waren. Machtkämpfe endeten nicht selten mit dem Tod der gesamten Familie, und die Menschen, die derartige Geschehnisse mißbilligten, sahen die einzige Lösung darin, Rom zu verlassen.

Marc Birnbaum

Pilatus, Pontius:
„Briefwechsel"
Übers., Anm. u. eingel. v.
Jörg von Uthmann
Hoffmann u. Campe, 1991
24,- DM





http://www.informatik.mu-luebeck.de/~fachscha/mufti

Wer oder was ist MUFtI?

MUFtI ist eine Internet-Zeitschrift, die von den Studierenden der Informatik hier an der Medizinischen Universität zu Lübeck gestaltet, verwaltet und publiziert wird.

Sie erscheint unter der Schirmherrschaft der **Fachschaft Informatik**, mitarbeiten kann aber JEDER, denn der Schwerpunkt unserer Zeitschrift soll nicht nur die informative Seite sein, sondern vielmehr auch das Miteinander der Gestaltung, der Spaß des gemeinsamen Schaffens und der Austausch von Wissen über das Medium Internet.

Wer macht denn MUFtI?

Es ging alles auf eine Idee der Fachschaft zurück, eine Zeitung zu konzipieren, in der aktuelle und interessante Themen einer breiten Öffentlichkeit präsentiert werden. Wir müssen zugeben, daß die Zielgruppe bisher eher die Informatik-Studierenden waren. Dies liegt aber ganz einfach daran, daß anfangs auch nur Informatik-Studierende Artikel geschrieben haben.

Seit der ersten Ausgabe im Februar ´98 hat sich dort aber viel getan. Das Spektrum der Autoren hat sich gewandelt. Immer mehr Studierende außerhalb der Fachschaft melden sich zu Wort und berichten über sich und ihre Hobbys oder veröffentlichen Artikel zu Themen, die sie einfach für wichtig halten. Ich möchte hier jedoch exklusiv für die *bauchpresse* auch einmal hinter die Kulissen blicken und von den Machern und den Autoren ein wenig erzählen. Und es sei mir verziehen, sollte ich einen oder eine vergessen oder nur am Rande erwähnen.

Die Autoren und die Macher:

Natürlich - so ist das bei jeder ehrenamtlichen Zeitung - sind gezwungenermaßen die Macher der ersten Ausgaben auch die Autoren der ersten Stunde. Aber es gibt noch einige andere, die sich bereits um MUFtI verdient gemacht haben. Da ist z.B. Stefan Krampe, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, in jeder MUFtI-Ausgabe mit einem interessanten Interview bei großen Firmen der IT-Branche anzufragen, wie es denn nun in der wirklichen Welt aussieht mit den Ansprüchen an die Informatik-Absolventen. Bisher gab es Interviews mit der BULL AG und mit CompuNet.

Ebenso von Anfang an dabei ist Achim Feldtmann, nicht nur als Filmkritiker, sondern auch als Aktivposten in allen Bereichen. Er hat die ersten MUFtI-Redaktionssitzungen mit Bravour überstanden (obwohl diese gemeinsam mit den Fachschafts-Sitzungen stattfanden), und ist darüber hinaus nicht nur in die MUFtI-Redaktion, sondern gleich auch mit in die Fachschaft gerutscht. Was schließen wir daraus? Fachschaftssitzungen scheinen doch bei weitem nicht so langweilig zu sein wie allgemein angenommen!!!

Obwohl er zwar noch keinen Artikel geschrieben hat, möchte ich auch Michael Langholz erwähnen, denn unser StuPa-Präsident ist nämlich der erste Mediziner, der MUFtI-Redakteur werden möchte. Weiter so! Hier noch einmal der Aufruf an alle MedizinerInnen: auch Ihr könnt mitarbeiten. Es sind keine HTML- oder Internet-Kenntnisse erforderlich. Die kommen dann aber bestimmt mit der Zeit. Weiterhin waren Birgitta Weber und Jan Neumann nach bzw. während ihrer Gastsemester in Großbritannien bzw. in Amerika so freundlich, eine ganz frische Bestandsaufnahme, von dem zu machen, was auf anderen Kontinenten so studiert wird. Ein heißer Tip für alle, die selbst Interesse haben an einem Auslandsaufenthalt: der Artikel von Jan Neumann im aktuellen MUFtI von der Universität in Maryland enthält auch einen detaillierten Fahrplan für jeden USA-Aufenthalt...

Nun aber zu dem Rückgrat des MUFtI: Einst im Tipasa - im Mai 1997 - fanden die konstituierenden Treffen des MUFtI statt, mit viel Freiraum für Grundsatzdiskussionen über Sinn, Ziel und Zweck einer Internet-Zeitung und besonders intensiv über das Layout. In den Anfängen eigentlich nur über das Layout...

Um so mehr mag es verwundern, daß der einzige Kritikpunkt an der ersten Ausgabe eben dieses in nächtelangen Diskussionen zusammengewürfelte Äußere unseres Magazins war.

Internet + Zeitung = Kommunikation,

dies waren (damals) die ersten Worte im Vorwort von Hauke Prenzel in der ersten Ausgabe von MUFtI. An dieser ersten Ausgabe werkelte beinahe die gesamte Fachschaft, um dann in der Nacht zum Herausgabetermin mit einer (fast) fertigen Ausgabe aufwarten zu können. Schon da bildete sich der harte Kern der verbissenen Kämpfer rund um MUFtI heraus:

Mit Hauke, Achim, Fabian Eilers, Stefan Wirtz und nicht zu vergessen Thomas Otto, der zwar nicht von Anfang an aktiver Mitarbeiter war, sich aber zu einer immer wichtigeren Stütze besonders im Artikelschreiben entwickelte.

Da ist schon etwas Arroganz dabei, hier so ein Selbstlob zu starten, aber wir blikken auf beinahe ein Jahr MUFtI-Arbeit zurück und können mit Stolz behaupten, ein echtes Organ an dieser Universität geschaffen zu haben. Aus sicherer Quelle verlautete, selbst unser Kanzler gehöre



zu den begeisterten Lesern, die seit der ersten Ausgabe MUFtI die Treue halten.

Was heißt denn nun eigentlich MUFtI?

Nun die Antwort auf die Frage, die uns noch nie jemand gestellt hat, die aber mit Sicherheit jedem spätestens seit Beginn dieses Artikels auf den Fingern brennt:

MUFtI: Das ist in islamischen Ländern der Vorbeter, der zur Gebetsstunde von einem Turm über die gesamte Stadt die Gebete verliest. Nun hat auch Lübeck einen Vorbeter!

MUFtI: Das bedeutet in der englischsprachigen Welt so viel wie "zivil". Auch damit können wir uns aufgrund unserer politischen Unabhängigkeit voll identifizieren.

Letztlich ist es auch noch eine Abkürzung für **M**edizinische **U**niversität zu Lübeck – **F**achschaft **I**nformatik – dies ist aber bestimmt nur Zufall ;-)

Nun noch einmal auf den Punkt gebracht: MUFtI ist die Möglichkeit für Euch, Euch nicht nur zu informieren, sondern vielmehr Euch auch selbst zu verwirklichen! Also laßt so eine Gelegenheit nicht einfach vorbeiziehen:

Erst lesen – Dann mitmachen!

Die Zeitschrift findet Ihr im Internet unter folgender Adresse :

http://www.informatik.mu-luebeck.de/~fachscha/mufti

Dort findet Ihr auch Hinweise zu den nächsten Terminen wie Fachschaftssitzung und Redaktionssitzungen für die nächste MUFtI-Ausgabe.

Wir warten auf Euch und Eure Ideen...

Amir Madany Mamlouk, V.i.S.d.P. des MUFtI





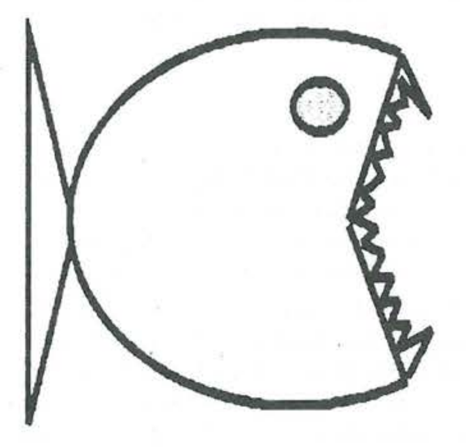


Wer schluckt wen?

Größenwahn oder einzige Möglichkeit zu überleben? Im Zuge der Globalisierung der Märkte entstehen immer größere Firmen. Dies betrifft auch die Medizinstudierenden, genauer gesagt: ihre Bücher.

Nachdem DaimlerChrysler entstanden ist, erscheint auf dem weltweiten Markt der Marken und Firmen nichts mehr unmöglich. Deutsche Bank übernimmt Bankers Trust, Pharmafirmen fusionieren zu immer größeren und unübersichtlicheren, monströs anmutenden Gebilden.

Auch auf dem deutschen Büchermarkt ist seit einiger Zeit ein deutlicher Trend Richtung Konzentration und Machtausbau spürbar. Nicht nur der Literatursektor wird bald von wenigen Großen beherrscht (z.Z. wird der Markt zwischen Bertelsmann und der Holtzbrinck-Gruppe aufgeteilt), auch auf dem Medizinbuch-Sektor tut sich eine Menge. Der Thieme-Verlag, zu dem schon seit einiger Zeit die Verlage Hippokrates und Enke gehören, verleibte sich vor ca. einem Jahr Chapman & Hall ein, der die "Schwarze Reihe" herausgab. Wer genau hingeschaut hat, wird bereits festgestellt haben, daß die allerneuste "Schwarze Reihe" beim Thieme-Verlag erschienen ist. Ab 01.08.98 gehört auch der winzige Antilla-Verlag aus Berlin zur "Thieme-Gruppe".



Auf der anderen Seite haben wir da den Springer-Verlag. Dieser wird nun für rund eine Milliarde Mark von dem bereits angesprochenen Bertelsmann-Konzern übernommen. Bertelsmann ist nach Time-Warner der immerhin zweitgrößte Medienkonzern der Welt, und hat vor kurzem auf dem amerikanischen Buchmarkt kräftig zugelangt. Seitdem hat der renommierte und zudem "bedeutendste englischsprachige Publikumsverlag der Welt" (Zitat aus der Presseerklärung des Bertelsmann-Konzerns vom 23.03.98), der Random-House-Verlag, einen "deutschen" Besitzer.

Angesichts solcher Aussichten haben die Verlage Urban & Schwarzenberg und Fischer beschlossen, sich zu Urban & Fischer zusammenzuschließen. Eigentlich haben sie das gar nicht selber entschieden, sondern es wurde ihnen von "Oben" her verordnet. Das Besondere hierbei ist nämlich, daß beide Verlage einen gemeinsamen "Herren" haben, nämlich die Holtzbrinck-Gruppe. Während der Fischer-Verlag bereits seit 1992 unter den Fittichen des Buchkonzerns steht, gehörte Urban & Schwarzenberg bis Juli ´98 noch sich selber und wurde sogar von einem Nachfahren des Verlagsgründers geleitet.
Von den etwas bedeutenderen medizinischen Verlagen bleiben noch Schattauer und de Gruyter. Bei einer Anfrage bestätigte man mir bei Schattauer, daß man noch unabhängig sei, wollte aber für die Zukunft nichts ausschließen. Man wird wohl abwarten und schauen, inwiefern man sich gegen die immer größer und mächtiger werdende Konkurrenz behaupten kann.

Die Frage ist: Wohin führt das alles? Und: Was haben wir davon? Der Vielfalt auf dem Büchermarkt nutzen die vielen Übernahmen sicherlich nicht, und daß große Konzerne kleineren Firmen nicht viel Luft zum Überleben lassen, kann man sich vermutlich denken. Daß man ein paar Arbeitsplätze einsparen kann, ist nicht gerade ein Unglück, insbesondere da man in den heutigen Zeiten sowieso rationalisieren muß, damit die Gewinne zweistellige Zuwachsraten verzeichnen können. In diesem Zusammenhang spricht man dann gerne von langfristiger Arbeitsplatzsicherung (für die Übriggebliebenen) und von "sozialverträglichen" Lösungen (für die, die nun leider überflüssig sind). Ist es nicht ein Glück, daß man so unerfreuliche Dinge so schön formulieren kann?

Vielleicht bin ich aber auch nur ein hoffnungsloser Pessimist und alles wird gut...
- spätestens die Zeit wird uns eine Antwort darauf geben.

mf



Traum

von Michael Langholz

Gerade bin ich aufgewacht. Schweißgebadet. Eigentlich kann ich mich nicht mehr richtig daran erinnern, was ich geträumt haben muß. Es war schrecklich. Zumindest glaube ich das. Ich taste neben mich, suche den Lichtschalter, merke, daß ich zu weit weg bin, um ihn zu erreichen. Meine Hand tastet sich in die andere Richtung. Das Bett bleibt leer und kalt, wie meine Füße. Ich habe meine Decke zur Seite geschoben. Erst jetzt rolle ich mich zu meinem Nachttisch um endlich die Lampe anzuschalten. Dieses Licht muß mich doch aus meinen Träumen herausreißen.

Wie ein gellender Blitz zerreißt das Licht meiner Nachttischlampe das Zimmer. Letzte Bilder eines Alptraumes durchzukken meinen Verstand. Sie brennen wie glühende Nadeln, wie Boten der Apokalypse, die doch schon eingetreten zu sein scheint. Ich reibe mir meine Augen, versuche so, den letzten Schlaf aus meinen Körper zu treiben, doch es gelingt mir nicht sonderlich gut. Schemenhaft erkenne ich mein zerwühltes Bett. Ein Kopfkissen fand seinen Platz in Höhe meiner Oberschenkel, neben denen es, plattgewalzt von meinem Gewicht, wie ein zu dick geratener Pfannkuchen wirkt, dem zu viele, zu große Äpfel zugeteilt worden sind. Das andere Kopfkissen kann ich nicht erkennen. Erst beim zweiten hinsehen fällt mir auf, daß es auf dem Boden liegt. Sein Schatten wirft sich unheimlich an die Wand. Er wirkt wie ein fliehender Engel, vertrieben aus dem Paradies.

Endlich kommt etwas Leben in meinen Körper, der eben noch so weit weg schien. An die Bilder in meinen Kopf kann ich mich nicht mehr erinnern, oder doch?! Ich stütze mich auf meinen Ellenbogen und richte mich etwas auf. Die Bettdecke liegt quer und wie eine Ziehharmonika gefaltet auf meinem Körper. Ich falle zurück. Die Bilder in meinem Kopf erscheinen wieder, wie durch Nebel, fast zur Unkenntlichkeit verhüllt. Meine kalten Füße verlangen nach der wärmenden Decke. Ich gönne es ihnen und strampele die Decke darüber. So bleibe ich noch einige unendliche Sekunden wie zu Stein erstarrt liegen. Ich versuche die Gedanken zurückzuholen, schließe meine Augen. Doch die Bilder der Vergangenheit wollen nicht mehr zu mir zurück kommen

Ich öffne erneut die Augen und richte mich auf. Jetzt sitze ich am Bettrand und stütze meinen Kopf in die Hände, streiche mir durchs nasse Haar. Was ein Traum, denke ich bei mir. Die Augen wandern zu dem Wecker der neben meinem Bett thront. Mein Wächter über meinen Tagesrhythmus. Jeden Morgen schreit er mich mit seinen unmelodischen Computertönen aus dem Schlaf, jeden Morgen folge ich ihm, wie ein programmierter Bastard und weiß eigentlich nicht, wieso. Er reißt mich aus meinen Träumen, ob gut oder schlecht, und zerrt meinen Geist in eine Wirklichkeit, die ich am liebsten gleich wieder vergessen möchte. Doch ich kann nicht. Nach einigen Sekunden hat mich sein unerbittliches Geschrei eingeholt. Doch diesmal hat er sich nicht an mir vergriffen, kein Laut drang aus seinem Mund, keine Bewegung. Ich saß einfach so auf dem Bettrand.

Krampfhaft versuche ich mich zu erinnern. Ich war gestern am Abend mit Johanna bei einem Italiener Essen. Ein lang versprochener Abend, den ich endlich einlösen mußte. Vielleicht habe ich mich da etwas übernommen. Ich habe wohl etwas zu viel gegessen, viel zu viel Lambrusco getrunken und vielleicht ein wenig zu intensiv mit ihr geflirtet. Ich mußte grinsen. Nein, sie war lediglich eine Bekannte. Wir haben uns nett unterhalten, mehr nicht. Und wenn... mein Blick durchstöbert das zerwühlte Bett. Na ja, es ist leer. Ich durchstreifte meine Haare mit meinen Händen wie ein Kamm. Deine großen Zeiten sind eben vorbei. Du wirst alt, Doc.

Ich stehe auf. Wankend setze ich mich in Bewegung. Das Licht meiner Nachttischlampe reicht nicht besonders weit, so stoße ich, schlaftrunken wie bin, mit meinem Schienbein gegen eine Kante. Scheiß Stuhl, jammere ich, wie bist du bloß in meinen Weg gekommen. Und wirklich, er stand sonst immer im anderen Zimmer. Weiß Gott, was mich dazu bewegte ihn in meinen Weg zu stellen. Der Weg zum Badezimmer. Vielleicht war es doch zu viel schlechter Wein. Irgendwie ist da ein gewisser Druck...

Ich schiebe mich weiter den Flur entlang, erreiche nach wenigen Schritten irgendwie die Badezimmertür, öffne sie. Wieder erscheint ein gleißendes Licht, als ich den Schalter neben der Tür umlege. Ich bin für einige Sekunden geblendet, in denen ich mich tastend in das Zimmer bewege. Während ich mich erleichtere schließe ich die Augen. Es ist eine Wohltat. Ich spüle, drehe mich um, stütze mich auf das Waschbecken. Kaltes Wasser umspült meine Hände. Mein Gesicht wandert langsam hinauf zum Spiegel. Meine Augen weiten sich. Es ist nicht besonders schön, was ich sehe. Die Nacht muß doch länger gewesen sein, als dir im Moment einfällt, denke ich. Na ja, so lange nun auch nicht, denn ich bin jetzt wieder halbwegs wach, und es ist erst... war erst... Mist, wie spät war es doch gleich?! Egal, bloß nichts von diesem erfrischenden Wasser ins Gesicht bekommen, Hände trocknen, und ab ins Bett.
Wieder richte ich mich auf, lösche die Lampe. Die hereinbrechende Dunkelheit macht mich blind, so taste ich mich wieder bis an mein Zimmer, in dem mir die Nachttischlampe einen Teil von sicherem Gefühl wiedergibt. Dem Stuhl kann ich diesmal ausweichen und bemerke fast nebenbei, daß meine Sachen auf ihm ordentlich abgelegt sind. Zu ordentlich. Ich muß wirklich etwas zu viel Wein getrunken haben. Instinktiv befördere ich das Kopfkissen in mein riesiges, einsames Bett, schüttle es etwas aus. Noch einmal durchstreife ich meine Haare und meine Gedanken. Was mich aus dem Schlaf gerissen hat, ist jetzt so weit weg wie das Ende der Welt. Kein Gedanke läßt sich formen. So erforsche ich den in wenigen Stunden kreischenden Wecker, lösche das Licht, und lasse mich in das erkaltete Bett fallen. Mit einem Zittern strampele ich die Decke über meinen Körper, drehe mich auf die Seite. Was für einen Nacht.

Irgendwann bin ich dann wohl doch noch einmal eingeschlafen.

Im Puppenhaus

von Michael Langholz

Wir sitzen doch alle im Puppenhaus
und aus diesem Haus kommt keiner raus.

Manchmal wenn Puppen durch Hände ziehen
gelingt es ihnen für Sekunden zu fliehen.
Oft jedoch rangiert man sie bald aus
und wirft sie raus aus dem Puppenhaus.

Die Puppe dort, sie sitzt und lacht
als hätt' sie heut was tolles gemacht.
Doch sitzt sie -und würd' wohl auch Morgen so sitzen-
dort auf dem Sofa, in diesen Ritzen.
Wird sie nicht mal von Kinderhänden
bewegt und geliebt, die ihr Abwechslung spenden,
dann würde die Kleine, ja diese Kecke,
auch morgen noch sitzen in ihrer Ecke.

Auf dem Sofa, da thront sie hoch oben,
über den Freunden dort auf dem Boden
und wacht mit ihrem Engelsgesicht,
daß sich kein Freund dort unten was bricht.

Oh, wie ist es gefährlich, das Leben hier unten.
Manch' Bein zertritt dich und setzt dir Wunden.
Wirst übersehen, fühlst dich klein und kläglich,
hast Angst vor Schatten, denn du bist zerbrechlich.
Niemand kann dich retten aus dieser Not.
Hilfe ein Schritt noch ... und du bist tot!

So gibt es Puppen, solche und solche.
Die einen sind Engel, die andren sind Strolche.
Und doch hängen beide von Kindern ab
und von Phantasie, wie vom Zauberstab.
Denn ohne dies sind sie nur Inventar,
mal verstaubt und vergessen und mal ein Star.

Was wären die Puppen, wenn nicht wir Menschen
ihnen Leben einhauchten, daß mit ihren Händen
sie Dinge vollbrächten und Sachen gemacht,
damit eines Kindes Herzen froh lacht.

Und auch ich muß gestehen, ich will es euch sagen,
will mich dafür gar nicht beklagen,
daß früher und jetzt noch ein Lächeln sich zeigt
wenn solch eine Puppe ihr Händchen mir reicht.
Hat sie mir als Freund in meiner Not,
als mich als Kind damals böses bedroht,
stramm neben mir stehend und in ihrer Pracht
mich unter der Decke die Nacht lang bewacht.

Jetzt bin ich groß, ich bin die Puppe,
schütze die Kleinen, koche die Suppe,
wache mit einem Engelsgesicht
über die Püppchen, damit nichts zerbricht.

Und fühl mich auch jetzt wie im Puppenhaus.
Aus diesem Haus möcht' ich nicht raus.

Gibt es auch Andre, die mit ihren Wänden
mich Puppe zerdrücken und die Freiheit beenden.
Wünscht' mir dann oft ich wär eine Raupe,
würd' mich entpuppen, zerbrechen die Laube.
Wünscht' ich würd' ein Schmetterling,
brächt Sonne und Licht wo immer ich bin.

Doch sitzen wir alle im Puppenhaus
und nur unser Spieler bekommt den Applaus.
Als wär's unser Schicksal wie Puppen zu sein:
Mal hoch auf dem Kissen, mal am Boden und klein.

Und nur unser Spieler entscheidet den Kampf
ob wir voller Leben oder ohne Dampf.
Ob gut oder schlecht entscheidet nur er.
Das jetzt zu glauben fällt mir sehr schwer.

Wir sind mal die Puppen und mal die Spieler.
Darin, mein ich, erkennt man uns wieder.
Mal sind wir die Helden die über uns wachen,
dann mal die Kleinen, mal die Schwachen.

So ist es, das Leben, darin liegt der Sinn,
daß ich doch sein kann was immer ich bin.
Ich weiß es nun und wache jetzt auf:
Aus Puppenhäusern kommt man auch wieder raus.

Kurz(unter-)belichtet

Hämorrhoiden

Mittlerweile hat sich endlich bestätigt, was wir, *die bauchpresse*-Redaktion, schon immer propagieren: „Vermeiden Sie auf jeden Fall, *die bauchpresse* beim Stuhlgang einzusetzen.“ So ist es auf der Internet-Homepage der Firma Martens, medizinisch-pharmazeutische Software GmbH, zu finden (http://www.martens.de/fpi_202n.htm). Bravo, das findet unsere volle Zustimmung, liebe Firma Martens. Schließlich sind wir doch keine Klolektüre (und wollen auch nicht als solche verstanden werden)! Schade nur, daß das nur für Patienten mit äußeren Hämorrhoiden gelten soll.

Aber gut, daß wir verglichen haben, denn wir gehen da einen Schritt weiter: Finger weg von *der bauchpresse* beim.....ihr wißt schon und zwar *alle* unsere Leser! Schließlich riskiert ihr viel: Nicht nur unseren Unmut (sollten wir als Klolektüre verstanden werden), sondern auch selbst äußere Hämorrhoiden, denn schließlich, so ist weiterhin auf dieser homepage zu lesen, sind wir, *die bauchpresse*, ein „auslösender Faktor“ für die Entwicklung derselben.

Also: Nicht lange auf harter Unterlage sitzen und immer eifrig viel leckeren Tee beim Lesen unserer *bauchpresse* trinken-das beugt äußeren Hämorrhoiden vor........

Euer *bauchpresse*-Team

pa

Bekenntnis
von Robert Gernhardt

Ich leide an Versagensangst,
besonders, wenn ich dichte.
Die Angst, die machte mir bereits
manch schönen Reim zuschanden.

Knoblauch in der Homöopathie?

Der *bauchpresse* ist während des ersten Layout-Wochenendes zur Nase gekommen, daß die Homöopathen Knoblauch einsetzen. Das Verwerfliche ist allerdings, daß dieser offensichtlich nicht in homöopathischen Dosen eingesetzt wird. Ist dies nicht eine höchst unzulässige Verletzung der eigenen Normen?

Die Mutprobe des Jahres:

Wer wagt es in der Mensa Calamares mit Apfelmus zu bestellen? Weitere Infos - auch zu anderen Köstlichkeiten - gibt es bei Herrn Streusel, Tel.: 500-3304...



Der Intubator



"Sehr geehrte Frau Asia der Muzl..."

THOMAS HOLTROP
Generalbevollmächtigter



Frau
Asia der Muzl
Ratzeburger Allee 160/Pav.21

23562 Lübeck

Bonn, im Dezember 1996

Zeit ist Geld. Mit der BANK 24 entscheiden Sie sich für beides.

Sehr geehrte Frau der Muzl,

die Zeit ist unsere knappste Ressource. Gerade beruflich stark engagierte Menschen wie Sie und ich können dies bestätigen. Und dennoch sind viele Dienstleistungsbereiche noch nicht auf die individuellen Zeitbedürfnisse eingerichtet. Wen wundert es da, daß immer mehr Kunden alternative Service-Angebote suchen?

Die Deutsche Bank hat diese Entwicklung frühzeitig erkannt und reagiert. Mit der BANK 24, einem Unternehmen der Deutsche Bank Gruppe, wurde der Grundstein für eine neue Form des Bankings gelegt. Sie richtet sich an Kunden, die ihre Bankgeschäfte schneller, reibungsloser und bequemer erledigen möchten. Immer dann, wenn es ihr persönlicher Zeitplan erlaubt. Überzeugen Sie sich von dem breiten Leistungsspektrum, das ich Ihnen mit diesem Brief vorstellen möchte.

24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche persönliche Erreichbarkeit – das ist die Basis unseres Service-Konzepts. Dabei verzichten wir auf ein Filialnetz, aber nicht auf den persönlichen Kontakt. Denn unsere Mitarbeiter sind rund um die Uhr per Telefon, Fax, T-Online und sogar über das Internet für Sie da. Die Kosten, die wir als Direktbank einsparen, spiegeln sich in günstigen Konditionen wider. So erhalten Sie das Konto 24 inklusive Gold- oder Standardkreditkarte ein Jahr lang zum Nulltarif.

Was bietet Ihnen dagegen Ihre Bank? Starten Sie jetzt den direkten Vergleich. Die beiliegende Broschüre liefert Ihnen dazu die Informationen über das leistungsstarke Angebot der BANK 24. Ich bin überzeugt, daß Sie Ihre Bankentscheidung anschließend noch einmal neu überdenken werden.

Profitieren Sie jetzt von den Vorteilen der BANK 24. Einfach den beiliegenden Kontoeröffnungsantrag ausfüllen, unterschreiben und abschicken; wenige Tage später erhalten Sie Ihr Startpaket mit allen wichtigen Unterlagen. Ich bin sicher, daß Sie das Leistungsspektrum der BANK 24 überzeugen wird. Denn die eigene Erfahrung ist das stärkste Argument.

Mit freundlichen Grüßen

Thomas Holtrop

02.9612.024

Postanschrift: 53020 Bonn • Hausanschrift: Karl-Legien-Straße 188, 53117 Bonn • Telefon (0 18 03) 24 00 00 • Telef
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Georg Krupp • Vorstand: Thomas Becker, Reinhard Carl, Bernd Erlingheuser
Aktiengesellschaft mit Sitz in Bonn • HRB Nr. 6873 Amtsgericht Bonn • BLZ 380 707 24

Im Dezember 1996 erreichte den AStA der MUzL ein Brief von der Bank 24. Interessanterweise war er an Frau Asia der Muzl adressiert, die es in dieser Form so noch nicht gab. So entwickelte der Text einen unfreiwillig komischen Touch, insbesondere wenn man lesen mußte:"Zeit ist unsere knappste Ressource. Gerade beruflich stark engagierte Menschen wie Sie und ich können dies bestätigen."

Dann war es für zwei Jahre ruhig, bis ein Angebot eines bekannten Internet-Providers im AStA auftauchte. Er war nicht nur an die immer noch nicht existierende Frau Asia der Muzl gerichtet, darüber hinaus wies die Adresse genau die gleichen Fehler wie der erste Brief auf. So hat der AStA seinen Sitz in Pavillon 24 (und nicht wie adressiert 21), und die Postleitzahl der Uni lautet 23538 und nicht 23562. Es ist überhaupt ein Wunder, daß die Post angekommen ist! Klar dürfte auf jeden Fall sein, daß es sich bei dieser Sache wohl kaum um bloßen Zufall handelt, sprich: Es ist Adressenhandel! Lassen wir uns überraschen, was als nächstes kommt...

mf



Rollvenen

Mythos oder Realität?

„Tut mir leid Frau XY, ich muß noch mal am anderen Arm suchen, die hier habe ich leider nicht gekriegt - ihre Venen rollen."

Wer hat diesen Satz so oder so ähnlich noch nicht gehört, oder sollte ich fragen, wer hat diesen Satz noch nicht in einer ähnlichen Weise selbst zitiert? Rollvenen - sie sind der Alptraum eines jeden Famulus, PJlers oder frischgebackenen AiP, kurzum eines jeden, der sich morgens auf der Station mit dem Tablett bewaffnet auf „Blutsauger-Tour" begibt; nebenher bemerkt, ein bei Patienten extrem beliebter und dementsprechend oft zitierter Witz, aber ich schweife ab: Schließlich haben solche Venen doch die hinterhältige Eigenschaft, im entscheidenden Moment „wegzurollen", um dem Schicksal des Punktiert-Werdens zu entgehen. Ist solches erst mal passiert, wird man in der Regel mit zwei Kategorien von Patientenreaktionen konfrontiert: Die einen stimmen zu - „ja, das sagt mein Hausarzt auch immer" -, die andere Gruppe wirft dem Abnehmenden vor, das sei nur eine faule Ausrede - „mein Hausarzt sagt, das sei eine Ausrede, Rollvenen gebe es nicht.", und setzen eine vorwurfsvolle Miene auf.

Aber egal für welche Version sich die Patienten entscheiden - unzählige blaue Flecke scheinen auf das Konto dieser heimtückischen Zeitgenossen zu gehen. Oder war es vielleicht doch einfach nur falsch gezielt? Und überhaupt was sind Rollvenen eigentlich? Woher kommen sie und vor allem warum stosse immer **ICH** auf sie?

Auf meiner Suche nach Linderung dieser quälenden Gedanken komme ich an mein Bücherregal: So durchforste ich den Pschyrembel, einen fast vergessenen Klinikleitfaden, den Herold, den grossen Patho-Schinken von Riede/Schäfer, ja sogar den Duden (der vor der Rechtschreibreform, zugegeben, aber hier passt er ja), jedoch finde ich nirgends die erlösende Antwort. Sind Rollvenen jetzt Mythos oder Realität? In keinem Schriftwerk, das mir in die Hände fällt, scheint es Rollvenen zu geben. Auch das Internet mit seinen zahlreichen Suchmaschinen findet keine „Rollvenen", doch halt: Da gibt es einen link zu einem online-Lexikon des Thieme-Verlags, aber leider ist der dort tatsächlich aufgeführte Begriff „Rollvene" nicht anklickbar. Hmmmhh. Was nun? Heißt das, daß es sie doch nicht gibt? Sollten etwa Generationen von Medizinern einfach nur schlecht „gestochen" und die Schuld dem Patienten gegeben haben? Oder gibt es sie tatsächlich, die überall bekannte, jedoch scheinbar nirgends schriftlich erwähnte Rollvene?

Da es dem *bauchpresse*-Team auch nach intensiver Recherche nicht gelungen ist, einen eindeutigen Beweis für die Existenz der gemeinen Rollvene in unseren Breiten zu finden, setzen wir unser ganzes Vertrauen in unsere Leserschaft und als Preis für den gelungensten Beweis der Existenz der Rollvene einen Stauschlauch aus; Stichtag ist der Redaktionsschluß der nächsten *bauchpresse* (siehe Impressum); der gelungenste Beweis gewinnt. Rechtsweg ist natürlich ausgeschlossen.

pa





- so geht es denn weiter...

Im November am Kindergarten/Jugendtreff der Kirchengemeinde St.Jürgen - Ratzeburger Allee - entdeckte Schmierereien reihen sich ein in die vermeintliche Folge von Anschlägen im Stadtteil St.Jürgen seitdem. Oder sind diese Drohungen etwa als spontane Aktion zu sehen?

Eine Gewöhnung an diese Vorgänge wird sich bei direkt Betroffenen sicher nicht so schnell eingestellt haben wie in der Öffentlichkeit.

Fakt ist, daß derartiges nach wie vor in Lübeck passiert, und dies muß - (auch) bei dieser Häufigkeit - erwähnt und verurteilt werden.

Daniel Krause



Studientag Ethik am 15.01.99

Seit einigen Semestern findet nun der Studientag Ethik an unserer Uni statt. Er gehört zum dreistufigen Modell des Ethik-Unterrichtes (Grundkurs, Patientenseminar, Studientag), den es in dieser Form nur an der MUL gibt. Unterricht in medizinischer Ethik ist ja noch keine Pflicht.

Die Themen an diesem Studientag waren "Umgang mit dem Leichnam", "Tugend und Gewissen" sowie "Schutz des ungeborenen Lebens".

Wer am Studientag teilnahm, konnte nicht nur über die Inhalte dieser Themenkompexe erfahren, sondern auch über die Einstellung unserer Professoren und ihre Interpretation der Themen, über die referiert werden sollte. In der anschließenden Diskussion sollte Platz sein, Dinge zu hinterfragen und zu ergänzen.

Leider gab es zum Vortrag von Herrn Professor Feller, der über die Sektionssequenzen und ihre Wichtigkeit sprach, keine Möglichkeit, mit ihm oder einem seiner Mitarbeiter zu diskutieren, da Herr Professor Feller aus Zeitgründen nicht mehr anwesend sein konnte. Zu den anderen Referenten, die sich zum Teil sehr intensiv und anschaulich mit den vorgegebenen Themen auseinandersetzten, gab es aber angeregte Diskussionen.

Insgesamt ist der von Herrn Professor v. Engelhardt geleitete Studientag Ethik eine gute Gelegenheit, einmal über das oft rein mechanistische Menschenbild in unserem Studium weiterzudenken und Anregungen zu bekommen, um sich - vielleicht in ganz anderer, praktischer Form - mit diesen Themen zu beschäftigen.

Wünschenswert wäre noch, daß an diesem Tag wirklich alle Seminare und Vorlesungen ausfielen, und vielleicht eine längere Pause zum Essengehen eingeräumt würde, denn um 14°° Uhr, dem Ende des Studientages, ist die Mensa schon geschlossen, und die Mägen der Studierenden sind leer.

cf

